

Motorisches Geschlechtsrollenverhalten
bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom.

Martha Müller

1981

Motorisches Geschlechtsrollenverhalten
bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom.

Eine Beobachtungsstudie zur geschlechts-
typischen Körperhaltung.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie
an der Ludwig-Maximilian-Universität
zu München

vorgelegt von
Martha Müller

aus
München

München 1981

Referent: Prof. Dr. W. Butollo

Koreferent: Prof. Dr. W. Tunner

Tag der mündlichen Prüfung: 13.7.81



Inhaltsverzeichnis

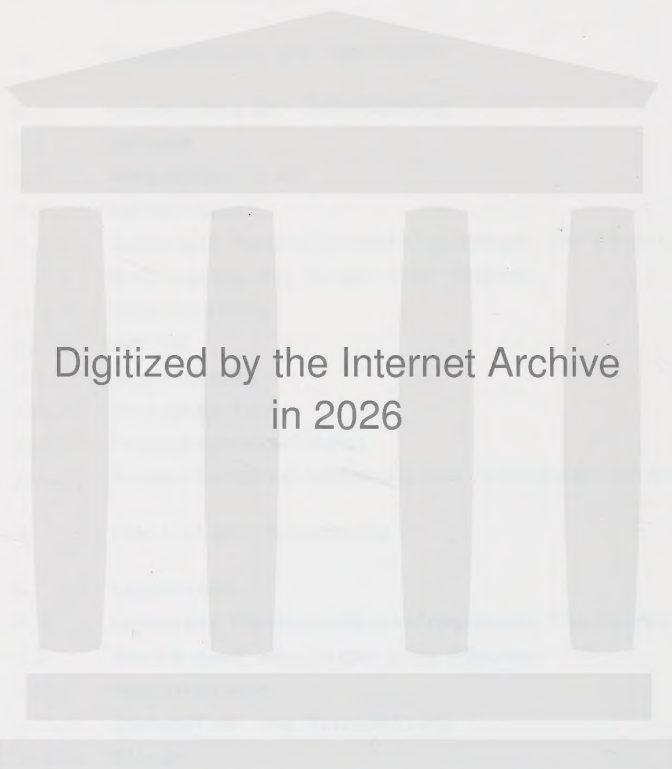
	Seite
Einleitung	1
I. <u>Theoretischer Teil</u>	4
1. Definitionsprobleme des Begriffs "Geschlecht"	4
2. Dimensionen der Psychosexualität	8
2.1 Geschlechtsidentität	8
2.2 Geschlechtsrolle	14
3. Abweichende Geschlechtsrolle und Geschlechts- identität bei Kindern	18
3.1 Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens	18
3.2 Störungen der Geschlechtsidentität	21
3.3 Häufigkeit	22
3.4 Ätiologie	23
3.5 Prognose	24
3.6 Diagnostik	29
3.7 Intervention	32
3.7.1 Gründe für eine Intervention	32
3.7.2 Interventionsstrategien	33
3.8 Ethische Fragen	36
4. Intersexualität	37
4.1 Die pränatale Geschlechtsdifferenzierung	37
4.2 Hormone und Verhalten	38
4.3 Intersexualität im Überblick	40
4.4 Psychosexuelle Probleme bei intersexuellen Kindern	41
5. Adrenogenitales Syndrom	43
5.1 Adrenogenitales Syndrom - somatischer Aspekt	43
5.2 Psychosexualität beim adrenogenitalen Syndrom	46
5.2.1 Sexualverhalten und sexuelle Orientierung	46

5.2.2	Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle	47
6.	Geschlechtstypische Körperhaltung und Körperbewegung	53
II.	<u>Empirischer Teil</u>	64
1.	Fragestellung und Hypothesen	64
2.	Darstellung der Untersuchung	67
2.1	Methode	67
2.2	Versuchspersonen	67
2.3	Meßvariablen	71
2.3.1	Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder	71
2.3.2	Bevorzugung von Jungen oder Mädchen	71
2.3.3	Körperhaltung	71
2.3.4	Werfen	75
2.4	Durchführung	76
2.4.1	Versuchsablauf	76
2.4.2	Beobachtungsverfahren	77
2.4.3	Beobachterübereinstimmung und Beobachtertraining	78
3.	Statistische Auswertung	79
4.	Ergebnisse	80
4.1	Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder	80
4.2	Bevorzugung von Jungen oder Mädchen	84
4.3	Körperhaltung	87
4.3.1	Stehen/Fuß- und Beinstellung	88
4.3.2	Sitzen	90
4.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Körperhaltung	93
4.4	Werfen	94
5.	Diskussion	99

Literatur

100

Anhang



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist ein Ergebnis der Tätigkeit an der endokrinologischen Abteilung (Leiter: Prof. Dr. D. Knorr) der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Leiter: Prof. Dr. K. Betke).

Mein Dank gilt den vielen Personen, die meine Arbeit förderten. Herr Prof. Dr. W. Butollo ermutigte mich zur Bearbeitung des Themas. Herr Prof. Dr. D. Knorr stellte seine knappe Zeit stets bereitwillig für wertvolle Vorschläge zur Verfügung. Herr Prof. Dr. C. Förster und alle Mitglieder der endokrinologischen Arbeitsgruppe gaben hilfreiche Unterstützung. Ganz besonders danke ich Frau cand. phil. U. Kraus-Orlitta für die gute Zusammenarbeit bei der Durchführung der Untersuchung und für Hilfe bei der Erstellung des Manuskripts. Frau Dr. H. Dirlich-Wilhelm und Herr Dr. P. Burkhardt gaben wertvolle Anregungen. Herr Dr. H.-G. Dörr half bei der statistischen Auswertung und Herr Dr. W. Höller bei der Beschaffung von Kontrollpersonen. Als Beobachterinnen fungierten Frau cand. phil. S. Wegner, Frau cand. phil. D. Wieczorek, Frau J. Willumeit und die medizinisch-technischen Assistentinnen Frau M. Brepson, Frau S. Rohrschneider und Frau C. Wohlfarth. Frau J. Willumeit führte die Schreibaufgaben durch. Der Stiftung Volkswagenwerk danke ich für die finanzielle Unterstützung und der Firma Siemens für die Schenkung der Video-Anlage.

Die größte Gruppe intersexueller Kinder, die an der endokrinologischen Abteilung betreut werden, bilden Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom. Aufgrund einer Störung der Nebennierenrindenfunktion weisen diese Mädchen schon pränatal einen erhöhten Androgenspiegel auf. Sie werden mit in

unterschiedlichem Ausmaß virilisiertem äußeren Genitale geboren. Heute werden Mädchen mit diesem Genitalbefund meist schon im Säuglingsalter chirurgisch korrigiert und die Hormonstörung wird medikamentös behandelt. Obwohl dann alle Voraussetzungen für eine ungestörte weibliche Entwicklung gegeben sind, beobachten Eltern häufig ein - ihrer Einschätzung nach - übertrieben maskulines Verhalten. Befragungen von Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom und ihrer Mütter erbrachten auch gehäuft geschlechtsuntypisches Rollenverhalten. Ziel der vorliegenden Studie ist, einen Aspekt des Geschlechtsrollenverhaltens, die Körperhaltung, anhand von Beobachtungsdaten genauer zu untersuchen. Die Körperhaltung wird vermutlich von biologischen und psychologischen Variablen beeinflusst. In diesem Zusammenhang ist das Verhalten der Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom interessant, da bei ihnen pränatale hormonelle Faktoren und Sozialisationsfaktoren gegenläufig wirken. Im amerikanischen Bereich wurde die Körperhaltung auch zur Diagnostik bei Kindern mit Störungen der Geschlechtsidentität und -rolle eingesetzt und als Ansatzpunkt therapeutischer Modifikationen gewählt. Die Eignung der Körperhaltung als diagnostisches Instrument zu überprüfen, ist ein weiteres Ziel der Untersuchung.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden zunächst Definitionsprobleme des Begriffs "Geschlecht" erörtert und zentrale Dimensionen der Psychosexualität - Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle - dargestellt. Besondere Berücksichtigung finden dabei atypische Entwicklungen der Geschlechtsidentität und -rolle bei Kindern. Probleme, die sich bei intersexuellen Kindern, besonders bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom stellen, werden thematisiert und experimentelle Befunde zur Psychosexualität bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom diskutiert. Methoden zur Erfassung der Geschlechtsrolle werden beschrieben, wobei insbesondere

ein Aspekt, die männliche bzw. weibliche Körperhaltung, herausgegriffen wird.

Der empirische Teil beinhaltet die durchgeführte Untersuchung zu Aspekten des Geschlechtsrollenverhaltens bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom im Vergleich zu gesunden Mädchen und Jungen. Variablen der Persönlichkeit, des Spielverhaltens, der Körperhaltung und der Körperbewegung beim Werfen werden verglichen.

Im Zusammenhang mit der sich ändernden gesellschaftlichen Rolle der Frau war in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmendes Interesse an Fragen der Entwicklung geschlechtstypischer Verhaltensweisen festzustellen. Theorien zur Geschlechtsrollenentwicklung wurden formuliert und Geschlechtszugehörigkeit als unabhängige Variable in der Forschung thematisiert. Die umfangreiche Literatur zu diesen Themenbereichen kann in dieser Arbeit nicht dargestellt werden.

I. Theoretischer Teil

1. Definitionsprobleme des Begriffs "Geschlecht"

Es erscheint zunächst trivial, zum Begriff des Geschlechts Überlegungen anzustellen. Im Alltag wird "Geschlecht" vor allem als biologisches Merkmal verstanden. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, dürfte die Zuordnung einer Person zum phänotypisch männlichen oder weiblichen Geschlecht wohl keine Schwierigkeiten bereiten. Money und Ehrhardt (1972) wiesen jedoch darauf hin, daß die Bestimmung des Geschlechts nach äußerlich erkennbaren Eigenschaften nur eine von vielen Möglichkeiten darstellt. Alleine bei der körperlichen Dimension des Geschlechts können mehrere Merkmale unterschieden werden, die einander möglicherweise widersprechen (bei intersexuellen Personen). Neben der Verwendung als biologischer Begriff hat "Geschlecht" in der Umgangssprache auch intrapsychische und soziale Bedeutung.

Das anatomische Geschlecht wird im Alltagsverständnis als Determinante von Eigenschaften und Verhalten betrachtet. Übereinstimmung von biologischem Geschlecht, der männlichen oder weiblichen Identität, geschlechtstypischen Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften wird angenommen. Die Tatsache, daß biologisch eindeutig männliche bzw. weibliche Kinder wegen diskrepanter Geschlechtsidentität und -rolle in psychologische Behandlung überwiesen werden und die an erwachsenen Homosexuellen und Transsexuellen erhobenen Befunde zeigen die Notwendigkeit einer Unterscheidung von körperlichem Geschlecht, Wahl des Geschlechtsobjekts, sexuellem Verhalten, psychischer Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität. Ohne genauere Definition ist der Begriff "Geschlecht" für eine wissenschaftliche Erörterung also völlig unbrauchbar.

In der umfangreichen Literatur zum Thema "Geschlecht" werden verschiedene theoretische Konzepte verwendet und Begriffe nicht einheitlich definiert. Von amerikanischen Autoren liegen Versuche einer deskriptiven Integration der Konzepte vor (Money 1969; Money und Ehrhardt 1972; Rekers 1979).

Bevor diese Konzepte dargestellt werden, sei noch auf Unterschiede im amerikanischen und deutschen Sprachgebrauch hingewiesen. Während es in der deutschen Sprache nur den Begriff "Geschlecht" mit den Attributen "männlich" und "weiblich" gibt, existieren im amerikanischen Sprachgebrauch die Begriffe "sex" und "gender". Stoller (1965): "Sex is biological and gender is social". In Übereinstimmung damit nennt Money (1973) das biologische Geschlecht "sex" und Geschlecht im nichterotischen und nichtgenitalen Sinn bezeichnet er als "gender". "Sex" wird im amerikanischen Sprachgebrauch mit den Attributen "male" und "female" beschrieben und "gender" mit den Attributen "masculine" und "feminine". Die Sprachverwirrung auf diesem Gebiet wird darin deutlich, daß Saltzman Chafetz (1974) und Spence und Helmreich (1978) von "biological gender" aber "sex role" sprechen.

Die biologische Dimension des Geschlechts wurde am genauesten von Money (1969) und Money und Ehrhardt (1972) beschrieben. Sie unterscheiden folgende Merkmale der körperlichen geschlechtlichen Differenzierung: Genetisches oder Chromosomengeschlecht, Gonadengeschlecht (Keimdrüsengeschlecht), Hormongeschlecht (im Fetalstadium und in der Pubertät), morphologisches Geschlecht (inneres und äußeres). Bei Übereinstimmung dieser Geschlechtsmerkmale wird die körperliche Geschlechtskategorie "männlich" oder "weiblich" angewendet. Jedes der Merkmale kann jedoch Fehlentwicklungen und Störungen unterworfen sein, von

denen einige auch von einem Merkmal auf ein anderes übergreifen. Bei Diskrepanzen zwischen diesen Variablen wird eine Person als intersexuell (hermaphroditisch oder pseudohermaphroditisch) bezeichnet (vgl. Abschnitt 4.3).

Zum geschlechtlichen Status ("sexual status") rechnet Rekens (1979) neben der biologischen Geschlechtsdimension auch das Zuweisungsgeschlecht oder bürgerliche Geschlecht. Es ist das standesamtlich registrierte Geschlecht, das dem Erziehungsgeschlecht entspricht. Intersexuelle Personen werden der männlichen oder weiblichen Kategorie zugewiesen. Ausschlaggebend für diese Zuordnung ist das praktikable Geschlecht, in dem das Kind am ehesten ein geschlechtlich befriedigendes Leben zu führen vermag (z. B. Knorr 1974). Den Eltern wird erklärt, daß das Kind mit unfertiger sexueller Anatomie geboren wurde und der Prozeß der körperlichen geschlechtlichen Differenzierung durch medizinische Intervention abgeschlossen werden muß (vgl. Abschnitt 4).

Bei den Dimensionen der Psychosexualität nennen Money (1969) und Money und Ehrhardt (1972) Geschlechtsidentität/-rolle. Rekens (1979) unterscheidet zwischen Dimensionen des intra- und interpersonellen Verhaltens. Zu den Dimensionen des intrapersonellen Verhaltens zählen Selbstaussagen zu Geschlechtsidentität, Geschlechtsrolle und sexuellem Erregungsverhalten. Zu den interpersonellen Dimensionen gehören Geschlechtsrollenverhalten und genitales Geschlechtsrollenverhalten.

In der vorliegenden Arbeit werden die Variablen "Selbstaussagen zur Geschlechtsrolle", "Sexuelles Erregungsverhalten" und "Genitales Geschlechtsrollenverhalten" zur Dimension "Sexuelle Orientierung" zusammengefaßt (vgl. Spence und Helmreich 1978). Unter Selbstaussage zur

Geschlechtsrolle versteht Rekers (1979), ob sich eine Person als "homosexuell" oder "heterosexuell" bezeichnet. Damit wird die Erwartung der Person bezüglich ihrer eigenen Geschlechtsrolle oder genitalen Geschlechtsrolle kategorisiert. Sexuelles Erregungsverhalten bezieht sich auf die Auslöser sexueller Erregung. Das genitale Geschlechtsrollenverhalten muß mit dem sexuellen Erregungsverhalten nicht übereinstimmen. Auf der "Kinsey-Skala" kann genitales Geschlechtsrollenverhalten auf einem Kontinuum von ausschließlich homosexueller bis ausschließlich heterosexueller Aktivität und dazwischenliegenden fünf Mustern "bisexuellen" Verhaltens eingestuft werden. Die Dimension "Sexuelle Orientierung", die für die vorliegende Arbeit nur untergeordnete Bedeutung hat, wird nicht ausführlicher dargestellt. Da vielmehr ein Aspekt der Geschlechtsrolle, die Körperhaltung, untersucht wird, werden im folgenden der Begriff "Geschlechtsrolle" und in Abhebung davon "Geschlechtsidentität" genauer erörtert.

2. Dimensionen der Psychosexualität

2.1 Geschlechtsidentität

Nach der ursprünglichen Definition des Begriffs "Geschlechtsrolle" durch Money, Hampson und Hampson (1955) wäre Geschlechtsrolle dasselbe wie Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung und weitere Begriffe wären Überflüssig:

"All those things that a person says or does to disclose to himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman respectively. It includes, but is not restricted to sexuality in the sense of eroticism. Gender role is appraised in relation to the following: general mannerisms, deportment and demeanor; spontaneous topics of talk in unprompted conversation and casual comment; contents of dreams, daydreams and fantasies; replies to oblique inquiries and projective tests; evidence of erotic practices and, finally, the person's own replies to direct inquiry".

Diese Umgehung einer Unterscheidung wurde jedoch nicht akzeptiert und Money (1965) definierte deshalb Geschlechtsidentität wie folgt:

"The sameness, unity, and persistence of one's individuality as male or female (or ambivalent), in greater or lesser degree, especially as experienced in self-awareness and behavior. Gender identity is the private experience of gender role, and gender role is the public expression of gender identity".

1972 legten Money und Ehrhardt eine leicht abgeänderte Definition vor:

"Unter Geschlechtsidentität versteht man: Die Überdauernde Erfahrung der eigenen Individualität, des eigenen Verhaltens und der eigenen Erlebnisweisen als eindeutig und uneingeschränkt weiblich oder in größerem bzw. kleinerem Grad ambivalent; die Geschlechtsidentität ist die eigene Erfahrung der Geschlechtsrolle und die Geschlechtsrolle ist die Manifestation der Geschlechtsidentität nach außen.

Unter Geschlechtsrolle versteht man: Alles das, was jemand sagt oder tut, um anderen und sich selbst zu zeigen, daß er bzw. sie männlich, weiblich oder ambivalent ist; die Geschlechtsrolle schließt sexuelle Attraktion und sexuelle Reaktionen ein, ist aber hierauf nicht beschränkt; die Geschlechtsrolle ist die Manifestation der Geschlechtsidentität nach außen, und die Geschlechtsidentität die eigene Erfahrung der Geschlechtsrolle".

Money und Tucker (1975) bezeichneten diese Definition als "offiziell" und wiederholten sie. Sie ergänzten:

"Gender identity and gender role are not two different things; they are different aspects of the same thing like the proverbial sides of a coin. Your gender identity is the inward experience of your gender role; your gender role is the expression of your gender identity. The term 'gender identity/role' emphasizes this unity".

Geschlechtsidentität wird als verdecktes Erleben des offenen Geschlechtsrollenverhaltens betrachtet. Damit wird eine Einheit von Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität

impliziert. Green (1978) definiert Geschlechtsidentität (sexual identity bzw. gender identity) als aus drei Komponenten bestehend:

- "First there is an individual's earliest and enduring awareness of belonging to one of the two sexes. This is core-morphological identity: 'I am male; I am female.' Second there is gender role behavior: masculinity and femininity. It consists of those behaviors that are behaviorally dimorphic for males and females in a given culture at a given time. Third there is sexual partner preference: other, same, or either sex; heterosexuality, homosexuality, or ambisexuality".

Es handelt sich um eine sehr weite Definition von Identität, die Geschlechtsrollenverhalten und sexuelle Orientierung mit einschließt. Implizite Annahmen über die Konsistenz der verschiedenen Aspekte der Geschlechtsidentität werden nicht gemacht.

Die empirische Literatur über Geschlechtsrollenentwicklung läßt die von Money und Ehrhardt postulierte Äquivalenz von Identität und Verhalten nicht gerechtfertigt erscheinen. So zeigte zum Beispiel Biller (1971), daß Geschlechtsidentität (von ihm Geschlechtsrollenorientierung genannt) und verschiedene Aspekte der Geschlechtsrolle (Geschlechtsrollenannahme und Geschlechtsrollenpräferenz) bei manchen Personen nicht übereinstimmen. Die von Money und Ehrhardt postulierte Einheit von Geschlechtsidentität/-rolle wurde im folgenden von mehreren Autoren kritisiert. Parlee (1976) wies in ihrer Rezension von "Sexual Signatures" (Money und Tucker 1975) darauf hin, daß Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle noch genauer analysiert werden müssen:

"But it seems reasonable to suppose that individuals might behave in ways that indicate to them that they are female or male (and thus express an unambivalent gender identity as female or male), and yet to "others" these behaviors might indicate ambivalence or a gender identity of the other sex. Without more precise specification of the "others" mentioned in the definition of gender role, the conceptual scheme offered by Money and his colleagues cannot take fully into account the rather large differences among individuals in the readiness with which particular behaviors are perceived or believed to be indicators of 'femaleness' or 'maleness'."

Bentler, Rekers und Rosen (1979) und Rosen und Rekers (im Druck) versuchen, apriorische Konzepte über die Kongruenz von Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle zu vermeiden. Rosen und Rekers (im Druck) definieren Geschlechtsidentität und Kerngeschlechtsidentität folgendermaßen:

" 'Gender identity' is the perception by the individual regarding his or her own behavior, functions and feelings which he or she categorizes as masculine or feminine. This is largely a intrapsychic phenomenon and theoretically speaking, maybe heavily interlaces with affective as well as cognitive-perceptual content. It is the position which the individual ascribes to himself or herself regarding a self-perceived scale or behavior and attitudes described by the person as masculine or feminine. 'Core gender identity' is historically earlier in the development of personality and is likely to involve deeper psychological layers of personality as well as the more superficial reflections of gender role".

Den Begriff "Geschlechtsrollenidentität" definieren Bentler, Rekers und Rosen (1979) auf ähnliche Weise als "the child's self-concept as male or female in the context of his cultural and familial environments". Dieser Begriff schließt ein, wie das Kind seine eigene Maskulinität und/oder Femininität bewertet und ist deshalb eine Dimension des Selbstkonzepts. In diese Definition geht auch ein, wie das Kind seine Selbstwahrnehmung zu den sozialen Erwartungen und Rollenmodellen in Beziehung setzt.

In der vorliegenden Arbeit wird unter Geschlechtsidentität die Wahrnehmung der eigenen Geschlechtszugehörigkeit und die Selbstzuschreibung als männlich oder weiblich verstanden (vgl. Rosen und Rekers im Druck; Spence und Helmreich 1978). Geschlechtsidentität bezieht sich also darauf, ob sich eine Person ihres körperlichen Geschlechts bewußt ist und es akzeptiert.

"Normale Geschlechtsidentität" bedeutet, daß sich eine Person in Übereinstimmung mit dem körperlichen Geschlecht als männlich oder weiblich betrachtet.

Eine "undifferenzierte Geschlechtsidentität" ist in der frühen Kindheit normal. Ab dem Alter von eineinhalb oder zwei Jahren weiß ein Kind jedoch, daß das biologische Geschlecht konstant ist und betrachtet sich als Mädchen oder Jungen (z. B. Kohlberg 1966; Slaby und Frey 1975). Zunächst basiert diese Unterscheidung auf oberflächlichen Eigenschaften, aber später werden die adäquaten anatomischen Unterscheidungen getroffen. Zusätzlich zum Wissen um ihr biologisches Geschlecht entwickeln Kinder die Kerngeschlechtsidentität, die Grundüberzeugung männlich und nicht weiblich zu sein oder umgekehrt (Stoller 1968; Green 1974).

Eine "gegengeschlechtliche Identität" ist die feste Überzeugung, zum anderen körperlichen Geschlecht zu gehören. Transsexuelle identifizieren sich bei normaler Anatomie mit dem anderen Geschlecht und glauben sich in einem Körper des falschen Geschlechts gefangen. " I was born with the wrong body, being female by gender, but male by sex, and I could achieve completeness only when the one was adjusted to the other" (James/Jan Morris 1974).

Im Falle "konflikthafter Geschlechtsidentität" bestehen männliche und weibliche Identität einer Person gleichzeitig oder sie wechseln sich ab. Das bekannteste Beispiel ist der Chavalier D'Eon, dessen Leben in einer Biographie von Nixon (1965) beschrieben wurde.

Neben den von Rekers (1977a, 1979a) und Bentler, Rekers und Rosen (1979) verwendeten Begriffen "gegengeschlechtliche Identität" (cross-gender identity) und "konflikthafte Geschlechtsidentität" (conflicted gender identity) wurde eine abweichende Geschlechtsidentität in der Literatur mit folgenden Begriffen bezeichnet: "Sissies" (Green 1967), "Gender identity disorders during childhood" (Green 1971), "Sexual identity conflict in children" (Green 1974) "Childhood transsexualism" (Stoller 1968a) und "Sex role identity disorder" (Rekers 1977a; Rosen, Rekers und Friar 1977). Die Entwicklung einer stabilen Geschlechtsidentität in Übereinstimmung mit dem biologischen Geschlecht erscheint als Voraussetzung für psychische Gesundheit. Auch aus der Perspektive des Androgynitäts-Konzepts, z. B. Ben (im Druck), wird ein gesundes Gefühl der Weiblichkeit bzw. Männlichkeit keineswegs für überflüssig gehalten:

"For even if people were all to become psychologically androgynous, the world would continue to consist of two sexes, male and female would

continue to be one of the first and most basic dichotomies that young children would learn, and no one would grow up ignorant of or even indifferent to his or her gender. After all, even if one is psychologically androgynous, one's gender continues to have certain profound physical implications. Thus, being female typically means that you have a female body built; that you have female genitalis; that you have breasts; that you menstruate; that you can become pregnant and give birth to a child. Similarly, being a male typically means that you have a male body built; that you have male genitalia, that you have beard growth; and that you have erections; that you ejaculate; and that you can impregnate a woman and thereby father a child. No matter how psychologically androgynous you may be, you typically 'inherit' one or another of these two sets of biological givens which cannot be avoided or escaped, except perhaps by means of a very radical and mutilating surgery, it seems to me that psychological health must necessarily include having a healthy sense of one's maleness or femaleness, a 'gender identity' if you like".

2.2 Geschlechtsrolle

Dieser häufig gebrauchte Begriff wurde nur selten klar definiert. Die angebotenen Definitionen weichen stark voneinander ab. In der Psychologie beschreibt "Geschlechtsrolle" sozial definierte geschlechtstypische Eigenschaften, Verhaltensweisen, Interessen und Einstellungen. Rosen und

Rekers (im Druck) definieren Geschlechtsrolle folgendermaßen:

"Generally 'role' refers to behaviors, taboos, and sanctions associated with a given social status. The specific term 'gender-role' refers to that set of sextyped behaviors, overt appearance characteristics (e. g. clothing, body features), and social sanctions and taboos which are culturally assigned to male and female individuals. 'Gender-role' can include a wide range of attitudes, characteristic beliefs, vocational and socioeconomic positions, and other psychosocial qualities which are stereotyped as 'masculine' (socially appropriate for males) or 'feminine' (socially appropriate for females)".

Diesem Begriff der Geschlechtsrolle entspricht Billers (1971) Definition von "Geschlechtsrollenannahme" (sex-role adoption). Beide Begriffe beziehen sich auf offenes Verhalten vor allem in sozialen Interaktionen. Geschlechtsrollenverhalten wird bei Kindern im allgemeinen durch Einschätzungen von Gleichaltrigen, Lehrern, Eltern oder systematische Beobachtung geschlechtstypischer Verhaltensweisen diagnostiziert. Eine Komponente des Vergleichs mit anderen ist dabei eingeschlossen. Die Geschlechtsrollenannahme sollte von der "Geschlechtsrollenpräferenz" (sex-role preference) unterschieden werden, die sich auf den verdeckten Wunsch bezieht, ein bestimmtes Geschlechtsrollenverhalten anzunehmen (Lynn 1969). Biller (1971) definierte als Geschlechtsrollenpräferenz die Bevorzugung der Rollenmerkmale eines Geschlechts. Es kann nicht automatisch angenommen werden, daß eine Person das Geschlechtsrollenverhalten vorzieht, das sie annimmt:

"For example, although a transvestite would prefer to wear the clothing characteristic of the opposite sex, for expediency he usually wears that of his own sex" (Lynn 1969). Das Gefallen oder Mißfallen einer Person an den Rollen und Möglichkeiten, die ihr die Gesellschaft aufgrund ihres Geschlechts verfügbar macht, sollte auch deutlich von dem Ausmaß unterschieden werden, in dem eine Person ihr biologisches Geschlecht genießt oder ablehnt.

Spence und Helmreich (1978) kritisierten, daß in psychologischen Untersuchungen häufig nicht zwischen Geschlechtsrollenverhalten und den psychischen Eigenschaften der Männlichkeit bzw. Weiblichkeit unterschieden wird. Beides wird in dem Begriff "Geschlechtsrolle" zusammengefaßt. Sie plädieren dafür, zwischen Geschlechtsrollenverhalten und Eigenschaften der sich verhaltenden Person zu unterscheiden. Diese Unterscheidung wird häufig von Rollentheoretikern getroffen (z. B. Parsons und Bales 1955; Horrocks und Jackson 1972).

Früher wurde angenommen, daß biologisches Geschlecht, psychische Eigenschaften und Geschlechtsrollenverhalten hoch korrelieren. Verhaltensweisen und Eigenschaften, die für das andere Geschlecht typisch sind, wurden als pathologisch betrachtet und für die allgemeine Anpassung und sexuelle Orientierung wurden negative Implikationen befürchtet (Kagan 1964; Kohlberg 1966; Mussen 1969).

Spence und Helmreich plädieren nicht nur dafür, die psychischen Eigenschaften Maskulinität und Feminität von maskulinem und femininen Geschlechtsrollenverhalten zu unterscheiden. Sie vertreten auch die Auffassung, daß maskuline und feminine Eigenschaften, wenn sie auch in bestimmten Ausmaß zwischen den Geschlechtern differenzieren,

keine bipolaren Gegensätze, sondern bei jedem Geschlecht getrennte und voneinander unabhängige Dimensionen sind. Bis vor kurzem wurde Maskulinität - Feminität in den Sozialwissenschaften als kontinuierliche bipolare und eindimensionale Variable aufgefaßt. Jeder Person könnte danach ein Maskulinitäts-Feminitäts-Wert zugewiesen werden, der zwischen den beiden Extremen des Kontinuums liegt. Es wurde sogar eine Beziehung zwischen dem geschlechtsangemessenen Ende des Kontinuums und der psychischen Anpassung hergestellt. Seit den 60er Jahren wird diese Auffassung jedoch in Frage gestellt (Bakan 1966; Brown und Marks 1969; Jenkin und Vroegh 1969; Carlson 1971; Block 1973; Constantinople 1973). Sie schlugen ein dualistisches Modell vor, in dem Maskulinität/Feminität als unabhängige Dimensionen aufgefaßt werden. Eine Dimension reicht von minimaler bis zu maximaler Maskulinität und die andere von minimaler bis zu maximaler Feminität. Es wäre also möglich, daß eine Person nur wenige geschlechtstypische Eigenschaften zeigt und auf beiden Dimensionen niedrige Werte erzielt oder sowohl männliche als auch weibliche Persönlichkeitseigenschaften in starkem Ausmaß zeigt. Die Geschlechtsrolle einer Person, die sowohl niedrige Maskulinitäts- als auch Feminitätswerte erreicht, wird "undifferenziert" genannt. Die Geschlechtsrolle einer Person mit sowohl hoher Maskulinität als Feminität wird "androgyn" genannt.

3. Abweichende Geschlechtsrolle und Geschlechtsidentität bei Kindern

In früheren Untersuchungen wurden hauptsächlich Störungen der Geschlechtsidentität bei Kindern beschrieben (z. B. Green 1974). Rekers und Mitarbeiter unterschieden dann zwei Syndrome: "Störung des Geschlechtsrollenverhaltens" (sex role disturbance" oder "gender behavior disturbance") und "Störung der Geschlechtsidentität" ("sex role identity disorder" oder "cross gender identification") (Rekers 1977a; Rosen, Rekers und Friar 1977).

3.1 Störung des Geschlechtsrollenverhaltens

Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens liegen nach Rekers (1979a) bei vier verschiedenen Problemen vor:

- exzessiv feminines Verhalten bei Jungen
- pathologische Hypermaskulinität bei Jungen
- exzessiv maskulines Verhalten bei Mädchen
- pathologische Hyperfemininität bei Mädchen

Obwohl Rekers also auch exzessiv maskulines Verhalten bei Jungen und exzessiv feminines Verhalten bei Mädchen als problematisch erachtet (als Konzession an die Feministinnen?) beschreibt er ausschließlich die Störungen des exzessiv männlichen Verhaltens bei Mädchen bzw. des exzessiv weiblichen Verhaltens bei Jungen. Lediglich in einer Arbeit erwähnt er den Zusammenhang von pathologischer Hypermaskulinität bei Jungen und antisozialem Verhalten (Harrington 1970). Pathologische Hyperfemininität bei Mädchen könnte mit Depression in Zusammenhang stehen. Chesler (1972) betrachtet das depressive Syndrom als eine Intensivierung weiblicher

Eigenschaften: Passivität, Abhängigkeit, Selbstabwertung, Selbstaufopferung, Naivität, Ängstlichkeit und Mißerfolg. Auch Nickerson, O'Laughlin und Hirschman (1979) und Baucom und Danker-Brown (1979) bringen Geschlechtsrollen in Zusammenhang mit gelernter Hilflosigkeit. Sandra Witelson (1976) sieht für den Zusammenhang von Geschlechtsrolle und Depression sogar eine neurophysiologische Grundlage. Sie nimmt an, daß sich bei Frauen die (rechtshemisphärisch lokalisierten) Gefühlsprozesse stärker als bei Männern mit den (linkshemisphärisch lokalisierten) rationalen Vorgängen vermischen. Dies hätte den Vorteil einer stärkeren Integration von Denken und Fühlen, aber auch den Nachteil einer stärkeren Anfälligkeit für Depressionen. Die Frage, ob die neurophysiologische Organisation nicht nur mit dem biologischen Geschlecht, sondern auch mit Geschlechtsrolle bzw. Geschlechtsidentität zusammenhängt, sei hier nicht weiter erörtert. Im folgenden werden die beiden Störungen exzessiv feminines Verhalten bei Jungen und exzessiv maskulines Verhalten bei Mädchen beschrieben, die in der Literatur explizit als Geschlechtsrollenprobleme dargestellt werden. Die Veröffentlichungen über exzessiv feminines Verhalten bei Jungen überwiegen bei weitem. Dies ist damit zu erklären, daß Geschlechtsrollenstörungen bei Jungen häufiger auftreten als bei Mädchen (Green und Money 1969; Kinsey, Pomeroy und Martin 1948; Money und Ehrhardt 1972; Stoller 1968a). Außerdem werden von der sozialen Umwelt feminine Verhaltensweisen bei Jungen weniger toleriert als maskuline Verhaltensweisen bei Mädchen (Fling und Manosevitz 1972; Lansky 1967; Lynn 1969). Nach Rekers (1979a) wird exzessiv feminines Verhalten bei Jungen diagnostiziert, wenn über einen längeren Zeitraum folgende Verhaltensweisen häufig auftreten:

- Tragen von Mädchenkleidung
- Verwendung von Schminke usw.
- feminin wirkendes Gehabe, Gesten, Gang
- Vermeidung von gemeinsamen Aktivitäten mit anderen Jungen, Überwiegend mädchentypische Spiele und Beschäftigungen
- hohe Stimmlage und/oder Überwiegend weibliche Gesprächsinhalte
- Übernahme weiblicher Rollen beim Spiel

Bei der Diagnose muß vor allem rigides, zwanghaftes und stereotypes geschlechtsuntypisches Verhalten beachtet werden.

Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens bei Mädchen festzustellen, ist viel schwieriger, da "maskuline" Kleidung und Verhaltensweisen bei Mädchen eher akzeptiert werden als feminine bei Jungen (Rekers und Mead in Druck). Eine vorübergehende Phase jungenhaften Verhaltens tritt bei vielen Mädchen im Lauf der Entwicklung auf. 16 bis 19% "normaler" Mädchen sollen jungentypische Aktivitäten vorziehen (Brown 1956; Saghir und Robins 1973). Es stellt sich daher die Frage, welche Unterschiede zwischen einem "normalen" Mädchen mit jungentypischem Verhalten und Interessen und einem Mädchen mit einer Geschlechtsrollenstörung bestehen. Wie bei den femininen Jungen müssen die Dauer des abweichenden Geschlechtsrollenverhaltens und die allgemeine psychische Anpassung berücksichtigt werden, bevor eine der folgenden Verhaltensweisen als problematisch erachtet wird und die Diagnose "exzessiv maskulines Verhalten" gestellt wird.

- rigide Ablehnung von Kleidern, Röcken, Kosmetika, Schmuck
- maskulin wirkende Gesten, Körperhaltung und Gang unter Ausschluß femininen Gehabes
- Vermeidung gemeinsamer Aktivitäten mit gleichaltrigen Mädchen; Wunsch, ausschließlich mit Jungen zu spielen und als einer von ihnen anerkannt zu werden
- Forderung mit einem Jungennamen angesprochen zu werden
- künstlich tiefe Stimmlage und/oder überwiegend männliche Gesprächsinhalte.

3.2 Störungen der Geschlechtsidentität

Auch im Bereich der Geschlechtsidentität können - wie bei den Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens - nach Rekers (1979a) folgende Grundprobleme unterschieden werden:

- weibliche Identität bei Jungen
- verzernte hypermaskuline Identität bei Jungen
- pathologische hyperfeminine Identität bei Mädchen
- maskuline Identität bei Mädchen

Störungen der Geschlechtsidentität sind möglicherweise schwerwiegender als Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens, aber diese Frage wurde nicht systematisch untersucht (Rosen und Rekers im Druck).

Auch bei den Geschlechtsidentitätsstörungen wurde fast ausschließlich die defizitäre maskuline Entwicklung bei Jungen systematisch erforscht. Während ein Junge mit einer Störung des Geschlechtsrollenverhaltens "feminine" Verhaltensweisen zeigt, glaubt ein Junge mit einer Störung der Geschlechtsidentität, tat-

sächlich ein Mädchen zu sein oder er möchte eines werden. Die Diagnose "Störung der Geschlechtsidentität" ist angebracht, wenn eines der folgenden Verhaltensmuster isoliert oder in Kombination mit einer Störung des Geschlechtsrollenverhaltens gezeigt wird:

- Der Junge bezeichnet sich selbst als Mädchen oder äußert den Wunsch, ein Mädchen zu sein; übernimmt exzessiv weibliche Rollen beim Spiel und entwickelt Phantasien, Kinder zu gebären oder zu stillen.
- Er fordert medizinische Verfahren der Geschlechtsumwandlung, z. B. Beseitigung des Penis.

Folgende Verhaltensweisen (alleine oder in Verbindung mit einer Störung des Geschlechtsrollenverhaltens) deuten auf eine gegengeschlechtliche Identität beim Mädchen hin:

- Sie spricht seit 18 Monaten oder länger den Wunsch aus, ein Junge zu sein oder übernimmt beim Spiel ausschließlich männliche Rollen und hat auch Phantasien, einen Penis zu besitzen oder
- sie fordert wiederholt medizinische Verfahren der Geschlechtsumwandlung wie z. B. eine Behandlung mit männlichen Hormonen.

3.3 Auftrittshäufigkeit

Zur Häufigkeit des Auftretens von Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens bzw. der Geschlechtsidentität liegen keine verlässlichen Daten vor. Es gibt lediglich Schätzungen, die für die Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens zwischen 1:25.000 und 1:80.000 Kindern liegen und für die Identifikation mit dem anderen Geschlecht zwischen 1:100.000 und 1:200.000 Kindern (Rekers, Bentler,

Rosen und Lovaas 1977; Rekers, Rosen, Lovaas und Bentler 1978).

3.4 Ätiologie

Die ätiologischen Faktoren bei der Entwicklung einer abweichenden Geschlechtsidentität oder -rolle sind noch nicht ausreichend abgeklärt (Bentler 1976; Money und Ehrhardt 1972; Zuger 1970).

Die Aussage von Money et al. (1955) und Money und Ehrhardt (1972), daß Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle entscheidend von Erziehungsvariablen abhängen, wurde sowohl in Frage gestellt (Zuger 1970) als auch bestätigt (Lev-Ran 1974b).

Für die Geschlechtsrollenentwicklung werden in der Literatur folgende Komponenten als wesentlich erachtet (Kagan 1964; Mussen 1969, Mischel 1970; Maccoby und Jacklin 1974; Money und Ehrhardt 1972; Trautner 1979):

Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil wurde von der psychoanalytischen Theorie postuliert. Die Theorien des sozialen Lernens betonen Imitation und Verstärkung. Einer untypischen Geschlechtsrollen- oder Geschlechtsidentitätsentwicklung könnten ungewöhnliche Verstärkungskontingenzen zugrundeliegen. Green (1974) berichtet, daß kleine Jungen, die wegen ihres femininen Verhaltens auffielen, für das Tragen von typischen Frauenkleidern offen oder verdeckt belohnt wurden. Ähnliches Verhalten wurde über Großmüttern Transsexueller berichtet (Halle, Schmidt und Meyer 1980). Green (1974) beschreibt bei "femininen" Jungen eine äußerst enge Beziehung zwischen Mutter und Sohn, wobei der Vater entweder nicht anwesend

ist oder in der Familie keine wichtige Rolle spielt. Mangelnde Reagibilität auf Verstärker, wie Anerkennung durch Gleichaltrige, müßte dabei auch eine Rolle spielen (Bates und Bentler 1973). Vom Ansatz der kognitiven Entwicklungstheorie wird eine früh entwickelte Selbstdefinition als maskulin oder feminin als entscheidend erachtet.

Auch eine biologische Grundlage psychosexueller Störungen wird diskutiert (z. B. Hutt 1978). Geschlechtsidentitätsprobleme treten zwar ohne eine meßbare Abweichung in irgendeiner der körperlichen Geschlechtsvariablen auf (Green 1974, 1976; Rekers, Grandall, Rosen und Bentler 1979), trotzdem könnten angeborene oder erworbene biologische Variationen Kinder für Störungen der Geschlechtsidentität anfällig machen. Denkbar wäre eine pränatal erworbene Disposition. Der pränatale Hormonstatus könnte über Veränderungen in der Organisation des Gehirns zu einer uneindeutigen Differenzierung der Geschlechtsidentität prädisponieren (vgl. Abschnitt 4.2).

Bates und Bentler (1973) nennen einen Mangel an grobmotorischen Fertigkeiten und Rekers (1979a) führt Krankheiten wie Diabetes an, die bei Jungen zu Problemen führen können.

3.5 Prognose

Zur Prognose der Störungen des Geschlechtsrollenhaltens und der Geschlechtsidentität wurden keine systematischen Erhebungen durchgeführt. Es gibt auch keine Longitudinaldaten von größeren Stichproben, die angeben, welcher Prozentsatz femininer Jungen bzw. maskuliner Mädchen aus einer "Phase" abweichender Geschlechtsrollen- bzw. Geschlechtsidentitätsentwicklung remittiert und

welcher Prozentsatz im Erwachsenenalter transsexuell, transvestitisch oder homosexuell wird. Erwachsene Transvestiten und Transsexuelle berichten retrospektiv, daß ihr abweichendes Verhalten in früher Kindheit begann (Benjamin 1966; Bentler 1976; Bentler und Prince 1970; Frische 1970; Green 1974; Green und Money 1969; Money und Primrose 1968; Prince und Bentler 1972; Sigmusch et al. 1979; Walinder 1967; Zuger 1966). Weibliche Transsexuelle berichten retrospektiv, daß sie in ihrer Kindheit eher jungentypisches Verhalten zeigten. Sie gaben an, daß das Gefühl, "in einem Körper des falschen Geschlechts gefangen" zu sein, schon immer bestand. Die meisten waren früher Tomboys. (Unter "Tomboy" versteht man in den USA ein Mädchen, dessen Verhalten und Interessen mehr denen von Jungen als von Mädchen gleichen. Der Ausdruck gehört zum Alltagsvokabular. "Wildfang" hat im Deutschen eine entsprechende Bedeutung, ist aber weniger gebräuchlich.) Sie zeigten überwiegend maskulines Verhalten, Einstellungen und Phantasien, identifizierten sich mit ihren Vätern, lehnten ihre weiblichen Organe ab und verlangten häufig eine chirurgische Geschlechtsumwandlung (Benjamin 1966; Vogt 1968; Simon 1967; Pauly 1974). Die Pubertät ist für weibliche Transsexuelle eine traumatische Erfahrung. Sie reagieren häufig mit Einschnürung der Brüste, tragen konsistenter männliche Kleidung und behaupten noch nachdrücklicher, Jungen zu sein (Pauly 1974). Die Überwiegende Mehrheit weiblicher Transsexueller berichtet retrospektiv, daß sie im Kleinkindalter zum anderen Geschlecht gehören wollte (Benjamin 1966; Green 1974; Pauly 1974; Walinder 1967). In Walinders Stichprobe von erwachsenen weiblichen Transsexuellen hatten z. B. 100% von Beginn der Pubertät an das Gefühl, zum anderen Geschlecht zu

gehören und 92% waren Tomboys. Ehrhardt, Grisanti und McCauley (1979) fanden, daß Frau-zu-Mann-Transsexuelle und Lesbierinnen in Kindheit und Jugend Tomboys waren. Die klinische Relevanz des Tomboy-Verhaltens muß jedoch bezweifelt werden, weil auch ein hoher Prozentsatz "normaler" Mädchen jungenhaftes Verhalten zeigt. Für die Differentialdiagnose von weiblicher Homosexualität und Transsexualismus könnte aber wichtig sein, daß weibliche Transsexuelle im Jugendalter Jungenkleidung bevorzugen und sehr damit unzufrieden sind, Mädchen zu sein und weit negativer auf die pubertäre Entwicklung reagieren als Lesbierinnen.

Auch homosexuelle Männer und Frauen berichten über abweichendes Geschlechtsrollenverhalten in ihrer Kindheit (Bieber, Dain, Dince, Drellich, Grand, Gundlach, Kremer, Wilber und Bieber 1962; Evans 1969; Holemon und Winokur 1965; Saghir und Robins 1973; Whitam 1977). Die verfügbaren Longitudinaldaten zeigen, daß feminines Verhalten bei Jungen ein guter Prädiktor für Homosexualität ist (Bakwin 1968; Green 1974, 1979; Lebovitz 1972; Zuger 1966, 1970, 1978; Zuger und Taylor 1969). Zwei Drittel homosexueller Frauen geben retrospektiv an, in ihrer Kindheit Tomboys gewesen zu sein im Unterschied zu 16% der heterosexuellen Frauen. Sie spielten überwiegend mit Jungen, vermieden typisch weibliche Beschäftigungen und wünschten, zu anderen Geschlecht zu gehören. Der Hauptunterschied zwischen den homo- und heterosexuellen Frauen, die angaben, in ihrer Kindheit Tomboys gewesen zu sein, war, daß die homosexuellen Frauen starke Abneigung gegen Puppenspiele berichteten. Die Hälfte der homosexuellen, aber keine einzige der heterosexuellen Frauen, die sich als Tomboys bezeichneten, gaben an, daß die Tomboy-Phase bis ins Jugend- oder Erwachsenenalter dauerte (Saghir und Robins 1973). Dabei

muß jedoch beachtet werden, daß es fünfmal mehr Tomboys gibt als ausschließlich homosexuelle Frauen. Diese Untersuchungen waren nicht prospektiv, weshalb die Validität der Ergebnisse bezweifelt werden muß. Einige Mädchen, die in ihrer Kindheit Tomboys waren, weisen als Erwachsene eine homosexuelle Orientierung auf, während andere sich heterosexuell entwickeln.

Zuger (1978) untersuchte prospektiv eine kleine Stichprobe von Jungen mit psychosexuellen Störungen in einer Langzeit-Follow-up-Studie. Von diesen Jungen wurden 63% homosexuell, 6% transvestitisch, 6% transsexuell und 12% heterosexuell, 25% versuchten Suizid und 6% führten Suizid durch. Es ist also wahrscheinlich, daß Geschlechtsrollen- und Geschlechtsidentitätsstörungen in der Kindheit eine homosexuellen Orientierung, Transvestismus und Transsexualismus bei Erwachsenen vorherzusagen (Bender und Paster 1941; Green 1974, 1979; Green und Money 1961, 1969; Pauly 1969; Qualls 1978; Rekers 1977b; Stoller 1968a, 1968b, 1970-71). Äußerst problematisch ist jedoch, daß das prätranssexuelle, prätransvestitische und prähomosexuelle Kind nicht unterschieden werden können (vgl. Rekers 1979a).

Depression ist bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen die häufigste Störung (Pauly 1974). Bei 67% der männlichen Transsexuellen ist Depression vorhanden, mit Suizidvorstellungen bei 60% und tatsächlichen Suizidversuchen bei 17 - 20% der in verschiedenen Untersuchungen zitierten Fälle (Pauly 1965; Walinder 1967). Selbstverletzung in Form von Autopenektomie wurde in 18% der Fälle versucht, in 9% durchgeführt (Dewhurst und Gordon 1969; Pauly 1969).

Strassberg, Roback, Cunningham, McKee und Larson (1979) verglichen Selbstwertschätzung und psychisches Wohlbefinden von Frau-zu-Mann-Transsexuellen, homo- und heterosexuellen Frauen und einer psychiatrischen Kontrollgruppe heterosexueller Frauen. Die Personen mit dem Wunsch nach einer geschlechtsumwandelnden Operation unterschieden sich voneinander beträchtlich, waren aber als Gruppe von der psychiatrischen Kontrollgruppe nicht unterscheidbar. Homo- und heterosexuelle Frauen, die sich nicht in Behandlung befanden, zeigten die positivste Selbstwertschätzung und Anpassung.

In einer anderen Untersuchung wurden von homosexuellen Frauen häufiger psychische Störungen wie Depressionen, Suizidversuche, Alkohol- und Drogenabhängigkeit angegeben als von heterosexuellen Frauen oder homosexuellen Männern (Saghir und Robins 1973). Die homosexuelle Orientierung per se kann aber nicht als behandlungsbedürftig betrachtet werden.

Wenn auch Psychotherapie bei Transsexuellen im Erwachsenen- oder Jugendalter als wenig aussichtsreich gilt, liegen jetzt doch einige Berichte über die erfolgreiche Änderung der Geschlechtsidentität vor (Barlow, Reynolds und Agras 1973; Barlow, Abel und Blanchard 1977; Davenport und Harrison 1977). Die Langzeiterfolge geschlechtsumwandelnder Operationen sind gemessen an der sozialen Anpassung umstritten (Meyer und Reter 1979; Restak 1979; Hunt und Hampson 1980). Die Therapie bei abweichender Geschlechtsidentitätsentwicklung könnte eine wirksame Form der Prävention von Transsexualismus sein, der sich im Erwachsenenalter als extrem behandlungsresistent erwies.

3.6 Diagnostik

Die Unterscheidung zwischen Geschlechtsrollennonkonformisten (Wolfe 1979) und Kindern mit Störungen der Geschlechtsidentität wirft diagnostische Probleme auf. Eine pädiatrisch-endokrinologische Untersuchung ist in jedem Fall nötig, um somatische Störungen auszuschließen. Bevor die Diagnose "Geschlechtsidentitätsstörung" gestellt wird, ist der Nachweis einer Umkehrung der Geschlechtsidentität erforderlich. Folgende Kriterien sind dabei zu beachten: Eine extreme Beziehung zu den Eltern, vor allem eine enge Beziehung zur Mutter, wird bei Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörungen häufiger gefunden als bei Jungen, die lediglich untypisches Geschlechtsrollenverhalten zeigen (Rosen, Rekers und Friar 1977). Bei Jungen kann das Tragen von Kleidern und Röcken, wenn es früh und regelmäßig in Verbindung mit geschlechtsuntypischem Spielverhalten auftritt, den Verdacht einer Geschlechtsidentitätsstörung nahelegen (Rosen, Rekers und Friar 1977). Bedeutsam für den diagnostischen Prozeß sind gegengeschlechtliche Identitätsaussagen, deren Fehlen jedoch nicht das Vorliegen einer normalen Geschlechtsidentität bedeutet. Da ältere Kinder (etwa über acht Jahren) den Wunsch, dem anderen Geschlecht anzugehören, aus Angst vor sozialer Ablehnung nicht mehr offen äußern (Rosen, Rekers und Friar 1977) können sich projektive Verfahren als nützlich erweisen (Rekers 1977a, 1979a; Rosen und Rekers im Druck; Rosen, Rekers und Friar 1977). Ein in Amerika häufig verwendetes Verfahren ist die "It Scale for Children" (Brown 1956), die aus Bildern von Spielzeug, Spielkameraden und Aktivitäten besteht. Aus den ihm vorgelegten "maskulinen" und "femininen" Aktivitäten trifft das Kind für eine geschlechtlich

neutral wirkende Figur ("It") eine Auswahl. Es wird angenommen, daß das Kind seine eigene Identität auf die Figur projiziert. Bei Kindern über sechs Jahren ist das Verfahren jedoch von geringem Wert, da es leicht durchschaubar ist. Ein anderes gebräuchliches Verfahren ist das Zeichnen menschlicher Figuren wie es im "Draw-A-Person-Test" (Machover 1949) gehandhabt wird. Die dieser Technik zugrundeliegende Annahme ist, daß die Identifikation mit der zuerst gezeichneten Figur stärker ist. Die Validität dieses Verfahrens ist jedoch umstritten. In der neueren Untersuchung von Brown (1979) zeichneten 88% der Mädchen als erstes eine weibliche Person und 94% der Jungen als erstes eine männliche Person (5- bis 11 jährige Kinder). Bei McCauley und Ehrhardt (1979) zeigte sich im Draw-A-Person-Test ein deutlicher Unterschied zwischen Lesbierinnen und Frau-zu-Mann-Transsexuellen. Während 92% der Transsexuellen als erstes eine männliche Person zeichneten, traf dies nur bei 13% der Lesbierinnen zu. Der prädiktive Wert des Tests muß trotzdem fraglich bleiben, da Transsexuelle sich in der Klinik betont männlich darstellen wollen.

Kinder mit abweichender Geschlechtsrolle ähneln im Verhalten den Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörungen. Bei Störungen der Identität soll die Verhaltensabweichung am stärksten ausgeprägt sein (Rosen, Rekers und Friar 1977). Die qualitativen und quantitativen Aspekte des untypischen Rollenverhaltens müssen in jedem Fall erfaßt werden. Ein gebräuchliches Verfahren ist die Einschätzung durch Eltern. Bates, Bentler und Thompson (1973) legten das "Gender Behavior Inventory" vor, einen Fragebogen für Eltern von Jungen mit den Faktoren "feminines Verhalten", "Extraversion" und "Verhaltensstörung" und Bates und Bentler

(1973) das "Games Inventory", einen Fragebogen für Eltern von Jungen, der 64 Items zu den drei Skalen "feminine Vorschulspiele", "maskuline Spiele" "maskuline Sportspiele" enthält. Diese Fragebogen differenzierten zwischen Jungen mit abweichender Geschlechtsidentität/-rolle und "normalen" Jungen. Die "Games Inventory Scale" überschneidet sich teilweise mit der Skala von Rosenberg und Sutton-Smith (1964), die Geschlechtsunterschiede erfaßt. Möglicherweise eignet sich die Skala von Bates und Bentler auch zur Erfassung einer abweichenden Geschlechtsidentität/-rolle bei Mädchen.

Als weitere diagnostische Methode bietet sich an, das Kind selbst zu befragen, z. B. über Spielpräferenzen oder Bevorzugung von Jungen oder Mädchen als Spielkameraden. Aus Untersuchungen von Clark et al. (1969), Blurton-Jones (1967) und Blurton-Jones und Konner (1973) geht hervor, daß Jungen im allgemeinen andere Jungen als Spielkameraden bevorzugen. Bei Mädchen ist die Präferenz nicht ganz so eindeutig. Im angloamerikanischen Bereich wurde gefunden, daß sie mit anderen Mädchen und Jungen im gleichen Ausmaß spielen (Clark et al. 1969; Blurton-Jones und Konner 1973). Dagegen zeigte sich, daß Buschleute-Mädchen lieber mit Jungen spielen als mit anderen Mädchen (Blurton-Jones und Konner 1973). Bei Jungen mit abweichender Geschlechtsidentitäts/rollenentwicklung wurde beobachtet, daß sie als Spielkameraden Mädchen bevorzugen (Green 1974). Dies könnte teilweise auf Ablehnung durch andere Jungen zurückzuführen sein. Rekers (1979a) empfiehlt, Kinder nach den Vornamen der Klassenkameraden und Nachbarkinder zu fragen. Das Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Vornamen der Spielkameraden zeigt oft die Bevorzugung von Jungen oder Mädchen und/oder die soziale Akzeptiertheit des

Kindes an. Systematische Beobachtung geschlechtstypischer Verhaltensweisen kam vor allem bei Körperhaltung und Körperbewegung (vgl. Abschnitt 6) und Spielverhalten zur Anwendung. Bei Jungen mit abweichender Geschlechtsidentität/-rolle wurde Abneigung gegen maskulines Spielzeug und "rauhes und wildes Spielen" berichtet, Rekers (1975) beobachtete das Spielverhalten von Jungen mit abweichender Geschlechtsidentität/-rolle. Wenn die Jungen alleine waren, spielten sie ausschließlich mit femininem Spielzeug. Ihr Verhalten veränderte sich stark in Abhängigkeit von den anwesenden Personen. Rekers weist darauf hin, daß bei Kindern unter acht Jahren geschlechtsuntypisches Spielverhalten weit verbreitet und deshalb nicht relevant ist und auch bei älteren Kindern nur in Verbindung mit anderen Hinweisen auf Geschlechtsidentitäts-/rollenstörungen aussagekräftig ist.

3.7 Intervention

3.7.1 Gründe für eine Intervention

Die Gründe für eine Intervention bei psychosexuellen Problemen wurden häufig diskutiert (z. B. Bates, Skilbeck, Smith und Bentler 1975; Qualls, Wincze und Barlow 1978; Rekers 1977a; Rekers, Bentler, Rosen und Lovaas 1977; Stoller 1968a). Nach Rekers und Mead (1979) sollten Störungen der Geschlechtsidentität in der Kindheit behandelt werden

- (1) um psychische und soziale Fehlanpassungen zu verhindern, die aus einer Identifikation mit dem anderen Geschlecht oder aus einer zwanghaften Abweichung des Geschlechtsrollenverhaltens resultieren,
- (2) um starken sexueller Fehlanpassungen vorzubeugen, die im Erwachsenenalter sehr resistent gegenüber Behandlung sind,

- (3) um die emotionalen, rechtlichen sozialen und ökonomischen Probleme zu verhindern, die im Erwachsenenalter mit abweichender Geschlechtsidentität einhergehen,
- (4) um die Eltern darin zu unterstützen, bei ihrem Kind Geschlechtsrollenflexibilität und Zufriedenheit mit dem körperlichen Geschlecht zu fördern.

Einige der genannten Aspekte wurden in Frage gestellt. So ist z. B. nicht klar, ob Abweichungen des Geschlechtsrollenverhaltens oder der Geschlechtsidentität im Kindesalter zu Störungen im Erwachsenenalter führen. Vorausgesagt kann auch nicht werden, welche Verhaltensweisen im Erwachsenenalter (Transsexualismus, Transvestismus oder Homosexualität) aus psychosexuellen Problemen in der Kindheit resultieren. Die mit Transsexualismus und Homosexualität einhergehenden psychosozialen Probleme unterscheiden sich. Während die Berechtigung einer Prävention von Homosexualität mehr als fraglich erscheint, lassen sich für eine Prävention von Transsexualismus leichter Gründe finden (vgl. Abschnitte 3.5 und 3.8).

3.7.2 Interventionsstrategien

Green (1978) führt Interventionsprinzipien an, die er gemeinsam mit John Money, Robert Stoller und Lawrence Newman entwickelte. Das Wissen des Kindes um die anatomischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern wird erweitert. Dem Kind wird erklärt, daß ein magischer Geschlechtswechsel ausgeschlossen ist. Positive Aspekte des Geschlechts, dem das Kind angehört, werden betont. Es wird diskutiert, warum das Kind lieber zu anderen Geschlecht gehören würde. Kognitive Verzerrungen werden

korrigiert. Wenn das Kind Aktivitäten, Spielzeuge oder Rollen als ausschließlich zum anderen Geschlecht gehörend betrachtet, wird die Möglichkeit hervorgehoben, daß Kinder beiderlei Geschlechts an diesen Aktivitäten teilnehmen können. Häufig müssen Spielkameraden des gleichen Geschlechts gefunden werden, die die Interessen des Kindes teilen, ohne eine Geschlechtsidentitätsproblematik aufzuweisen. Es wird untersucht, ob die Eltern das abweichende Verhalten unterstützen. Gemeinsame Aktivitäten mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil werden gefördert. Green schlägt vor, daß ein Vater mit seinem "femininen" Sohn bastelt oder kocht und nicht versucht, ihn zu kompetitivem Sport zu zwingen. Der Therapeut sollte das gleiche Geschlecht wie das Kind haben.

Allgemeine Prinzipien bei der Behandlung psychosexueller Verhaltensauffälligkeiten werden auch von Deegener (1980) diskutiert.

Über Störungen der Geschlechtsidentität bei Mädchen vor der Pubertät liegen kaum experimentelle Therapiestudien vor. Das frühe Feststellen einer Störung der Geschlechtsidentität wird vielleicht durch Verwechslung mit dem sozial akzeptierten Tomboy-Verhalten weiblich identifizierter Mädchen durch die Eltern beeinträchtigt. Rekers und Mead (1979) veränderten das geschlechtstypische Spielverhalten bei einem kleinen Mädchen mit einer Störung der Geschlechtsidentität. Einzelfallstudien über Jungen wurden häufiger veröffentlicht (z. B. Rekers 1979b).

Der von Rekers und anderen entwickelte Interventionsansatz besteht darin, Verhaltensweisen, Interessen, Vorlieben und Verbalisierungen des eigenen Geschlechts

zu verstärken und ausgewählte Verhaltensweisen, Einstellungen, Interessen, Vorlieben und Verbalisierungen des anderen Geschlechts zu löschen (Bates, Skilbeck, Smith und Bentler 1975; Rekers 1977a, 1977b; Rekers und Mead 1979; Rekers und Varni 1977; Rekers, Yates, Willis, Rosen und Taubman 1976). Die Eltern und Lehrer des Kindes werden dazu angeleitet, Techniken der Verhaltensformung anzuwenden (Rekers und Lovaas 1974; Rekers, Lovaas und Low 1974). In der Klinik wird Videofeedback verwendet, um dem Kind bei der Diskrimination von Verhaltensweisen zu helfen, die von Gleichaltrigen als typisch für das andere Geschlecht eingeordnet werden (Rekers, Willis, Yates, Rosen und Low 1977).

Die Behandlung soll Verhaltensdefizite ausgleichen und dem Kind interpersonelle Fertigkeiten und Bewältigungsmuster vermitteln sowie stereotype Selbstabwertung und sozial bestrafte Verhaltensmuster abbauen. Als mögliche Langzeitergebnisse wären erhöhtes Selbstwertgefühl, Erwerb sozialer Bewältigungsfertigkeiten und Flexibilität des Rollenverhaltens anzusehen. Auf sozialer Ebene sollen Ablehnung und Verspottung durch Altersgenossen abgebaut werden. Auf kognitiver Ebene ist das Ziel, eine positive, konfliktfreie Einordnung des Geschlechts und selbstsichere Identität aufzubauen, die mit den physischen und sozialen Realitäten übereinstimmt. Nordyke et al. (1977) empfehlen, bei der Verhaltensanalyse nur solches geschlechtsuntypisches Verhalten als exzessiv zu bewerten, das auch bei einem Kind des anderen Geschlechts als auffällig zu kennzeichnen wäre (z. B. regelmäßige Verwendung von Schminke, Tragen von Perücken und hochhackigen Schuhen bei einem Kind). Sie raten auch, nur solches Verhalten aufzubauen, das für beide Geschlechter angemessen erscheint.

3.8 Ethische Fragen

Im Zusammenhang mit der Intervention bei abweichender Entwicklung der Geschlechtsrolle bzw. -identität tauchen schwerwiegende ethische Fragen auf. Da nur wenige prospektive Longitudinaldaten vorliegen, die die Ergebnisse der Intervention bzw. Ergebnisse ohne Intervention beschreiben, können keine sicheren Aussagen über Therapieergebnisse gemacht werden. Es ist nicht klar, ob eine Intervention wirklich Prävention von Störungen im Erwachsenenalter bedeutet (Winkler 1977, Green 1978; Kolodny 1978). Falls nur ein geringer Prozentsatz femininer Jungen bzw. maskuliner Mädchen transsexuell oder transvestitisch wird, stellt sich die Frage, ob eine Intervention gerechtfertigt ist (Kolodny 1978).

Die diagnostische Etikettierung trägt die Gefahr der Auswirkung auf das Verhalten der Eltern und des Kindes in sich (Kolodny 1978; Rekers, Rosen, Lovaas und Bentler 1978). Diagnostische Termini wie "Geschlechtsidentitätsproblematik" sollen deshalb im Gespräch mit den Eltern und Lehrern keinesfalls verwendet werden. Green (1978) sieht die Gefahr, daß Aufmerksamkeit auf das abweichende Verhalten Angst auslöst und das abweichende Verhaltensmuster noch verstärkt.

Der Therapeut befindet sich in einem Widerspruch zwischen Geschlechtsrollenidealismus und realer Umwelt. Jede Intervention verstärkt den Sexismus der Gesellschaft. Ist der Therapeut verantwortlich, den Sexismus zu reduzieren, d. h. die Geschlechtsrolleninflexibilität in der Gesellschaft abzubauen und größere soziale Akzeptanz für abweichende Geschlechtsrollen zu fördern? Oder ist es seine Aufgabe, den besorgten Eltern und dem Kind zu helfen,

das verspottet wird und nicht so sein kann, wie es gerne wäre (vgl. Winkler 1977, Nadyke et al. 1977, Green 1978; Kolodny 1978). Green (1978) sieht auch die Möglichkeit, das Kind darin zu unterstützen, mit seinem abweichenden Verhalten zu leben. Schwierigkeiten bei dieser Interventionsstrategie ergeben sich jedoch, wenn das Kind mit dem inneren Wunsch leben soll, dem anderen Geschlecht anzugehören.

Die von Rekers (z. B. 1977a) getroffene Unterscheidung zwischen Störungen des Geschlechtsrollenverhaltens und Identifikation mit dem anderen Geschlecht muß hier berücksichtigt werden. Wenn ein Kind nur sozial definiertes für das andere Geschlecht typisches Verhalten zeigt, wiegen die oben angeführten Bedenken schwerer als bei einem Kind mit starker Identifikation mit dem anderen Geschlecht.

4. Intersexualität

Von den verschiedenen Formen der Intersexualität wird in der vorliegenden Arbeit nur das adrenogenitale Syndrom bei weiblichen Personen ausführlich beschrieben. Informationen über die anderen Störungen finden sich bei Money und Ehrhardt (1972). Zum besseren Verständnis der Formen von Intersexualität folgt eine kurze Darstellung der pränatalen Geschlechtsdifferenzierung. Ausführliche Beschreibungen geben Jost (1979) und Wellner und Brodda (1979).

4.1 Die pränatale Geschlechtsdifferenzierung

Der Prozeß der sexuellen Differenzierung, durch den ein menschlicher Organismus sich als männlich oder weiblich entwickelt, läuft in mehreren Schritten ab. Die einzelnen

Teile des Geschlechtsapparates entwickeln sich aus Anlagen, die ursprünglich bei allen Individuen identisch sind (Müllersche und Wolffsche Gänge) und aus denen in Abhängigkeit von genetischer und hormoneller Steuerung die männlichen oder weiblichen Organe hervorgehen. Zunächst wird das Geschlecht durch die Chromosomen bestimmt. Die Gonaden differenzieren sich ab der achten Gestationswoche männlich, wenn ein Y-Chromosom vorhanden ist. Ab der zwölften Gestationswoche wird im Hoden Testosteron gebildet, das die Entwicklung der Wolffschen Gänge zu Samenblase und Samenleiter bedingt. Ferner gibt der Hoden ein weiteres Agens ab, das die Rückbildung der Müllerschen Gänge induziert (Müllerian duct inhibiting factor). Unabhängig vom Chromosomenstatus tritt die Differenzierung in weibliche Richtung ein, wenn kein Testosteron vorhanden ist und der Müllerian duct inhibiting factor nicht wirkt (vgl. Knorr 1979).

Es ist also nicht möglich, daß eine Person neutral oder asexuell ist. Allerdings kann sich eine Person auf einer Stufe der sexuellen Differenzierung (z. B. innere Geschlechtsorgane) in männliche Richtung entwickeln und auf einer weiteren Stufe (z. B. äußeres Genitale) in weibliche Richtung.

4.2 Hormone und Verhalten

Wie in Tierversuchen gezeigt wurde, beeinflussen pränatale Androgene nicht nur die Strukturen des Genitalapparates, sondern auch das Nervensystem (Gorski 1968; Goy, Bridson und Young 1964). In einer zeitlich begrenzten kritischen Phase der Entwicklung kann die weibliche Programmierung des Hypothalamus, die zu zyklischer Hormonproduktion führt, durch Androgene zugunsten einer Funktionsweise in männlichem Sinne durchkreuzt werden. Ein früher Androgeneinfluß könnte

nicht nur auf die Differenzierung des Reproduktions-systems und bestimmte Gehirnareale wirken, sondern auch Konsequenzen für das Verhalten haben. In zahl-reichen Tierexperimenten wurde der Einfluß der Androgene auf das Verhalten belegt. Die Ergebnisse sind jedoch sehr komplex und hängen von der angewandten Technik und der untersuchten Spezies ab. Im allgemeinen zeigen sie, daß die Verhaltensmuster der meisten Labortiere durch Androgene in einer frühen Entwicklungsperiode be-einflußt werden. Bei weiblichen Tieren konnte durch prä-natale Androgenisierung ein für männliche Tiere typisches Sexualverhalten, hohes Aktivitätsniveau und "rough-and-tumble-play" hervorgerufen werden (Young, Goy und Phoenix 1964; Goy 1968; Michael 1971; Goy und Phoenix 1972). Solche Effekte zeigen jedoch nicht unbedingt eine spezifische Androgenwirkung. Auch Injektionen von Östrogenen bei neu-geborenen Rattenweibchen führten zu gesteigertem Kampf-verhalten im Erwachsenenalter (Bronson und Desjardins 1968). Ebenso wird die Sensibilität erwachsener Tiere für Keimdrüsenhormone durch den Hormonspiegel in einer frühen Entwicklungsperiode beeinflusst. Eine Übersicht über Tierexperimente geben Vogel, Voland und Winter (1979). Im Tierversuch wurde die Beziehung zwischen Hormonen und Verhalten also nachgewiesen. Die Übertragung der Ergebnisse von einer Tierart auf eine andere ist schon schwierig. Umso unklarer sind die Implikationen solcher Ergebnisse für die Geschlechtsrollendifferenzierung beim Menschen, wo Lernen und Erfahrung eine große Rolle spielen und der Hormoneinfluß weniger deutlich ist.

Beim Menschen, wo Experimente nicht in Frage kommen, versucht die psychoendokrinologische Forschung über klinisch relevante Hormonstörungen die Bedeutung hormo-

neller Faktoren für das Verhalten zu erfassen. Solche Hormonstörungen finden sich bei verschiedenen Formen von Intersexualität. Zusammenfassende Darstellungen der Tierexperimente und der Beobachtungen bei intersexuellen Personen finden sich bei Money und Ehrhardt 1971, 1972; Quadagno, Briscoe und Quadagno 1977; Reinisch 1974, 1976; Rogers 1976. Im folgenden wird nach einem kurzen Überblick über intersexuelle Störungen das adrenogenitale Syndrom einschließlich der Befunde zur Psychosexualität genauer dargestellt.

4.3 Intersexualität im Überblick

Von Intersexualität spricht man bei Diskrepanzen zwischen chromosomalem, gonadalem, inneren bzw. äußeren morphologischem Geschlecht.

Bei Kindern findet sich etwa ein Prozent somatischer Intersexualität (Knorr 1979). Pseudohermaphroditismus besteht, wenn bei einem Individuum Unstimmigkeiten zwischen genetischem und gonadalem Geschlecht und der Ausprägung des äußeren Genitale auftreten. Durch die Bezeichnung "masculus" bzw. "femininus" wird das gonadale Geschlecht angeführt. Echter Hermaphroditismus (Hermaphroditismus verus) liegt dann vor, wenn in einem Individuum, unter Umständen sogar in einer Gonade, Hoden- und Ovargewebe gefunden werden (Knorr 1977). In der englischsprachigen Literatur wird nicht zwischen Pseudohermaphroditismus und Hermaphroditismus verus unterschieden, beide werden mit "hermaphroditism" bezeichnet.

Unterschieden werden Intersexformen mit chromosomalen Anomalien und nicht chromosomal bedingte Formen der Intersexualität. Die häufigsten Formen der durch chromosomale

Defekte bedingten Störungen der Geschlechtsdifferenzierung sind das Ullrich-Turner-Syndrom und das Klinefelter-Syndrom. Weitere häufige Formen sind der Mosaicismus 46XY/45X0 und die Y-Polysomie mit dem Karyotyp 47XY. Zu den nicht chromosomal bedingten Formen der Intersexualität gehören Störungen der Testosteronsynthese (Hypospadie), Störungen der Testosteronwirkung am Erfolgsorgan (testikuläre Feminisierung) und die Virilisierung des weiblichen Genitale beim adrenogenitalen Syndrom. Eine Virilisierung des weiblichen Genitale kann auch durch die Behandlung der Mutter in der Schwangerschaft mit Androgenen und androgenen Gestagenen (gestagen-induzierter Hermaphroditismus) und durch androgenbildende Tumoren der Mutter bedingt sein (vgl. Knorr 1977).

4.4 Psychosexuelle Probleme bei intersexuellen Kindern

Bei intersexuellen Kindern bestehen Diskrepanzen zwischen den körperlichen Geschlechtsindikatoren oder die sexuelle Anatomie ist nur unvollständig differenziert. Abweichungen in einer Variable des körperlichen Geschlechts können eine ständige Konfliktquelle darstellen und ein Kind für Probleme bei der Entwicklung der Geschlechtsidentität anfällig machen.

Bei der überwiegenden Mehrheit intersexueller Personen bildet sich die Geschlechtsidentität aber in Richtung des Erziehungsgeschlechts aus. Money, Hampson und Hampson (1955) verglichen Paare von intersexuellen Kindern mit den gleichen körperlichen Geschlechtsindikatoren, von denen eines dem männlichen und eines dem weiblichen Geschlecht zugewiesen worden war. In 95% der Fälle entsprach das Erziehungsgeschlecht der Geschlechtsidentität.

Dies traf auch auf Personen zu, bei denen Erziehungsgeschlecht und biologische Geschlechtsindikatoren im Gegensatz standen. In seltenen Fällen wünschen intersexuelle Personen später eine Neuuzuweisung des Geschlechts. Hier bildet sich die Geschlechtsidentität also im Widerspruch zum Erziehungsgeschlecht aus. Meist wurde das Genitale nicht korrigiert und bei den Eltern besteht Unsicherheit über das Geschlecht des Kindes. Psychische Probleme ergeben sich aus einem uneindeutigen Körperbild, Zweifeln der Eltern und Hänseleien durch Gleichaltrige. Die Interventionsfragen, die sich bei intersexuellen Kindern stellen, werden von Green (1978) zusammengefaßt:

Von entscheidender Bedeutung ist bei intersexuellen Kindern die richtige Diagnose und Geschlechtszuweisung in der Neugeborenenzeit. Die Zuordnung zum männlichen oder weiblichen Geschlecht wird durch die Praktikabilität des Geschlechts bestimmt, d. h. das Kind wird dem Geschlecht zugewiesen, in dem es bei hormoneller und chirurgischer Behandlung am ehesten ein geschlechtlich befriedigendes Leben führen kann. Wichtig ist, daß den Eltern eindeutig das Geschlecht des Kindes mitgeteilt wird. Wenn weiterhin Zweifel bestehen und eine Neuuzuweisung erwogen wird, müssen das Alter des Kindes und die sich entwickelnde Geschlechtsidentität berücksichtigt werden. Es besteht Übereinstimmung, daß eine Geschlechtsneuuzuweisung nach dem dritten Lebensjahr problematisch ist, ausgenommen die Fälle, in denen sich die Geschlechtsidentität in Richtung des neu zuzuweisenden Geschlechts entwickelt. Hier müssen die Schwierigkeiten bei der Anpassung an eine neue Geschlechtsidentität und der Konflikt wegen des körperlichen Geschlechtsstatus gegeneinander abgewogen werden.

Im Zusammenhang mit interséxuellen Störungen entstehen häufig psychosoziale Probleme. Eltern fühlen sich ihrer sozialen Umwelt gegenüber hilflos. Sie wissen nicht, was sie Verwandten, Freunden und Bekannten über die Krankheit ihres Kindes erzählen sollen. Auch für Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und die notwendige Tabletteneinnahme müssen Begründungen abgegeben werden. Hier erweist es sich als günstig, mit den Eltern und Kindern zu besprechen, was sie auf neugierige Fragen antworten können. Für ältere Mädchen entsteht die Schwierigkeit, einen Partner über ihre Störung informieren zu müssen.

Wenn die Eltern von Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom sich über "maskulines" Verhalten beklagen, ist es notwendig, zwischen "maskulinem" Verhalten und einer Geschlechtsidentitätsstörung zu unterscheiden (vgl. Abschnitt 3). Zur Erstellung einer Diagnose kommen die auch bei organisch gesunden Kindern mit abweichender Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle beschriebenen Verfahren in Betracht. Bei Vorliegen einer Störung der Geschlechtsidentität ist eine Therapie indiziert. Falls keine Störung der Geschlechtsidentität, sondern lediglich "maskulines" Verhalten vorliegt, ist es nötig, mit den Eltern zu arbeiten, um ihnen die Zweifel an der weiblichen Identität des Mädchens zu nehmen.

5. Adrenogenitales Syndrom

5.1 Adrenogenitales Syndrom - somatischer Aspekt

Das kongenitale adrenogenitale Syndrom (Häufigkeit 1:5000 Prader 1958) beruht auf einer autosomal rezessiv vererbten Funktionsstörung der Nebennierenrinde. Es handelt sich dabei um einen Enzymdefekt der Cortisol synthese. Da un-

zureichend Cortisol gebildet wird, wird vermehrt adrenocorticotropes Hormon (ACTH) ausgeschüttet, um einen ausreichenden Cortisolspiegel aufrechtzuerhalten. Wegen des Enzymdefektes stauen sich Zwischenprodukte der Cortisol-synthese, die teilweise zu Androgenen umgewandelt werden.

Bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom entwickelt sich spontan eine weibliche Gonade. Die Entwicklung einer männlichen Gonade, des Hodens, wird nicht induziert, da kein Y-Chromosom vorhanden ist. Das innere Genitale entwickelt sich ungestört weiblich. Sobald jedoch die Nebennierenrinde ihre Funktion aufnimmt (ab der 12. Gestationswoche), wird die Entwicklung der genitalen Strukturen durch die erhöhte Androgenausschüttung beeinflusst. Bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom kommt es daher bereits pränatal zur partiellen bis kompletten Virilisierung des äußeren Genitale, die von einfacher Klitorishypertrophie bis zur Mündung der Urethra auf einer peniformen Klitoris reichen kann (Grad I bis V nach Prader 1954). Auch Jungen können vom adrenogenitalen Syndrom betroffen werden. Der Androgenüberschuß führt bei ihnen aber nicht zu einer Intersex-Problematik.

Beim adrenogenitalen Syndrom sind vor allem zwei Formen zu unterscheiden. Beim sogenannten unkomplizierten adrenogenitalen Syndrom ist nur die Bildung von Cortisol gestört. Ist auch die Bildung von Aldosteron (Mineralocorticoid) gestört, spricht man von adrenogenitalem Salzverlustsyndrom. Fast die Hälfte der Fälle geht mit Salzverlustsyndrom einher. Ohne Behandlung schreitet bei Mädchen mit unkompliziertem adrenogenitalem Syndrom die Virilisierung postnatal weiter fort. Mädchen und Jungen kommen in eine Pseudopubertas praecox. Sie zeigen in der Kindheit erhöhtes Größenwachstum und frühen Wachs-

tumsstillstand, so daß sie abnorm klein bleiben. Kinder mit adrenogenitalem Salzverlustsyndrom sind ohne Therapie nicht lebensfähig, sie werden im frühen Säuglingsalter erkannt oder sterben. Patientinnen mit Salzverlustsyndrom zeigen durchschnittlich die stärkere Virilisierung. Eine dritte Form des adrenogenitalen Syndroms geht mit Hypertonie einher, ist jedoch äußerst selten. Seit 1950 besteht die Möglichkeit, durch lebenslange Substitution des fehlenden Cortisols (und zusätzlich des fehlenden Aldosterons beim adrenogenitalen Salzverlustsyndrom) von Geburt an die Störung der Nebennierenrindenfunktion auszugleichen. Das Cortisol wird in physiologischen Dosen verabreicht, so daß keine Nebenwirkungen zu befürchten sind. Da bei Geburt jedoch schon eine Virilisierung des äußeren Genitale vorliegt, ist bei den meisten Mädchen mit unkompliziertem adrenogenitalem Syndrom und bei allen Mädchen mit Salzverlustsyndrom eine operative Genitalkorrektur nötig, die aus psychologischen Gründen möglichst früh vorgenommen wird (Lewis, Ehrhardt und Money 1970; Lewis und Money 1977).

Die früher durchgeführte Klitoridektomie (Exzision der hypertrophierten Klitoris) wird heute nicht mehr vorgenommen, da eine Beeinträchtigung der Orgasmusfähigkeit befürchtet wird. Stattdessen wird die Technik der Klitorisverlagerung praktiziert. Dabei wird die Klitoris durch eine Naht gerafft und von der Haut des Schambeins überlappt. Besteht ein sinus urogenitalis communis (Prader Grad III bis V), wird die in der Tiefe liegende Mündung der Vagina durch eine Vaginaleingangsplastik freigelegt, damit später Geschlechtsverkehr möglich ist. Da der geschaffene Scheideneingang manchmal schrumpft, sind Bougierungsuntersuchungen mit Hegar-Stiften in Kurznarkose nötig, um den Scheidendurchmesser zu kontrollieren.

Bei Prader Grad V wird von Money die Korrektur in männliche Richtung empfohlen (Money und Daléry 1976).

5.2 Psychosexualität beim adrenogenitalen Syndrom

Die Forschung zum adrenogenitalen Syndrom befaßte sich mit sexuellem Verhalten, sexueller Orientierung, Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle.

5.2.1 Sexualverhalten und sexuelle Orientierung

Bisherige Untersuchungen zur sexuellen Orientierung bei Frauen mit adrenogenitalem Syndrom erbrachten überwiegend Heterosexualität (Ehrhardt, Evers und Money 1968; Lev-Ran 1974a; Money und Schwartz 1977). Ob die beobachtete Häufigkeit von bi- oder homosexuellen Erfahrungen und Phantasien über den Erwartungswerten liegt, läßt sich nicht entscheiden, da es in den Untersuchungen keine parallelisierten Kontrollgruppen gab. Bei Patientinnen mit adrenogenitalem Syndrom stellt sich auch die Frage, ob durchgeführte Genitaloperationen in Verbindung mit wiederholten Genitaluntersuchungen in der Kindheit das spätere sexuelle Verhalten beeinflussen. Money und Schwartz (1977) stellten fest, daß frühbehandelte Frauen mit adrenogenitalem Syndrom sich erst spät verlieben und Schwierigkeiten dabei haben, Liebesbeziehungen aufzubauen. In der erotischen Erregbarkeit und/oder im Ausdruck der Erregung schienen sie gehemmt. Die Untersuchungen an spätbehandelten Frauen (Ehrhardt, Evers und Money 1968; Lev-Ran 1974a) ließen bei vielen Patientinnen eher starke sexuelle Motivation annehmen. In allen genannten Untersuchungen fand sich jedoch ein relativ hoher Anteil an sexuell nicht aktiven Frauen.

5.2.2 Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle

Mattheis und Förster (1980) fanden bei Müttern von Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom im Vergleich zu Müttern von Kontrollmädchen Zweifel an der weiblichen Geschlechtsidentität ihrer Töchter. In allen Untersuchungen wurde jedoch bei den Mädchen selbst keine Störung in der Entwicklung der Geschlechtsidentität festgestellt (Ehrhardt, Epstein und Money 1968, Ehrhardt 1971; Ehrhardt und Baker 1974; Money und Schwartz 1976; Mattheis und Förster 1980).

Ehrhardt, Epstein und Money (1968), Ehrhardt (1971) verglichen Patientinnen mit adrenogenitalem Syndrom mit Kontrollmädchen. Die Patientinnen unterschieden sich von ihrer Kontrollgruppe in einer Reihe geschlechtstypischer Verhaltensweisen. Sie hatten einen höheren physischen Aktivitätsgrad und mehr Interesse an Jungen als Spielpartnern. Hosen zogen sich im allgemeinen Kleidern vor. Zu besonderen Gelegenheiten wehrten sie sich aber nicht dagegen, sich zurechtzumachen. Sie zeigten minimales Interesse an Puppen und der Antizipation der Mutter- und Hausfrauenrolle. Die Möglichkeit einer späteren Ehe wiesen sie nicht von sich, obwohl sie sie beruflichen Plänen unterordneten. Die Mehrzahl identifizierte sich im Gegensatz zu den Kontrollmädchen mit einem "Tomboy" - einem jungenhaften Mädchen - und wurde auch von den Müttern so bezeichnet.

Unterschiede zeigten sich auch in der Geschlechtsrollenpräferenz. Mehr Patientinnen als Kontrollmädchen waren mit der weiblichen Rolle unzufrieden. Dabei schien es sich jedoch nur in einem Fall um eine Geschlechtsidentitäts-

störung zu handeln. Ferner wurde berichtet, daß die Patientinnen wenig psychopathologische Symptome zeigten und sich darin nicht von den Kontrollmädchen unterschieden.

Ehrhardt und Baker (1974) bestätigten diese Ergebnisse, wobei sie als Kontrollpersonen die Schwestern und Mütter der Patientinnen nahmen. Auch Money und Schwartz (1976) kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

Mädchen mit gestagen-induziertem Hermaphroditismus zeigten ähnliches Verhalten wie Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom (Ehrhardt und Money 1967, Ehrhardt 1971). Das Fehlen normativer Daten für mehrere abhängige Maße von Kontrollgruppen erschwert eine Einschätzung des Ergebnisses von Ehrhardt und Money (1967).

Bei Verhaltensaspekten, die man als Einübung in die Mutterrolle bezeichnen kann, scheinen zum Teil Unterschiede zwischen den Gruppen mit gestagen-induziertem Hermaphroditismus und mit adrenogenitalem Syndrom zu bestehen (Ehrhardt 1971). Während es signifikant weniger Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom als Kontrollmädchen gab, die Interesse an späterer Hochzeit und Ehe zeigten, die die Ehe einer beruflichen Karriere vorzogen, die angaben, eigene Kinder haben zu wollen, die sich für Babypflege interessierten, war das Bild bei den Patientinnen mit gestagen-induziertem Hermaphroditismus nicht so eindeutig. Zwar interessierten sie sich sehr wenig für Puppen und spielten lieber mit Autos und Gewehren, zwar hatten auch sie im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe ein großes Interesse an einer beruflichen Karriere; andererseits wollten aber nicht weniger Mädchen in der Gruppe mit

gestagen-induziertem Hermaphroditismus als in der Kontrollgruppe heiraten und eigene Kinder haben. Es scheint also, daß sich die Patientinnen mit adrenogenitalem Syndrom bei mehr Aspekten des Mutterschaftsverhaltens von ihrer Kontrollgruppe unterschieden als die Patientinnen mit gestagen-induziertem Hermaphroditismus, wobei man aber die infolge des kleineren Stichprobenumfangs bei Patientinnen mit gestagen-induziertem Hermaphroditismus unterschiedliche Stärke der statistischen Tests berücksichtigen muß. Mattheis und Förster (1980) fanden bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom signifikant geringer ausgeprägte Bereitschaft zu "mütterlichem" Verhalten im Vergleich zu gesunden Kontrollmädchen.

Die erhöhte physische Aktivität bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom ging nicht mit gesteigerter Aggressivität einher, wie sie sich in Kinderrauereien manifestiert (Ehrhardt 1971). Money und Schwartz (1976) und Mattheis (1980) fanden bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom ebenfalls keine exzessive Aggressivität. Gesteigerte körperliche Aggressivität gehört zu den wenigen Geschlechtsdifferenzen, die experimentell gesichert sind (Maccoby und Jacklin 1964). Das Fehlen signifikanter Unterschiede in den Untersuchungen zum adrenogenitalen Syndrom legt nahe, daß pränatale Androgene den sich entwickelnden Organismus nicht zu einer größeren physischen Aktivität per se, sondern zu größerer physischer Aktivität, deren Manifestation von Sozialisationsfaktoren abhängt, prädisponieren.

Vorstellbar wäre auch, daß ein pränatal erhöhter Androgen-

spiegel ein Potential für Aggressivität schafft, das zum Ausdruck auch einen postnatal erhöhten Androgenspiegel benötigt.

McGuire, Ryan und Omenn (1975) fanden starke Geschlechtsunterschiede in der Feminitätsskala des Rosenberg und Sutton-Smith Sex Role Inventory (Rosenberg & Sutton-Smith 1960), aber keine maskulinen Reaktionstendenzen bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom. Bei Tomboy-Fragen unterschieden sich Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom nicht signifikant von einer Kontrollgruppe. Interessanterweise bestanden in der Maskulinitäts-Skala des Rosenberg and Sutton-Smith Sex Role Inventory keine Geschlechtsunterschiede. Möglicherweise waren in den 60er Jahren, als die Untersuchungen im Kreis um J. Money durchgeführt wurden, Geschlechtsunterschiede ausgeprägter als heute.

Ehrhardt und Baker (1974) fanden, daß Jungen mit adrenogenitalem Syndrom sich nur in der Neigung zu starker körperlicher Aktivität, Spiel und Sport im Freien von ihren Brüdern unterschieden. McGuire, Ryan und Omenn (1975) fanden bei Männern mit adrenogenitalem Syndrom in der Erwachsenenform der Feminitätsskala von Rosenberg und Sutton-Smith höhere Werte als bei allen übrigen Gruppen (gesunde Männer, gesunde Frauen und Frauen mit adrenogenitalem Syndrom). In diese Skala gehen Einstellungen ein, die als Besorgtheit, Angst und soziale Unsicherheit beschrieben werden können. Die Autoren sehen das Ergebnis der Männer mit adrenogenitalem Syndrom als Ergebnis ihrer geringen Körpergröße und traumatisierenden Entwicklungsgeschichte.

Kaplan (1980) analysiert die Ergebnisse aus dem Kreis um John Money aus der Perspektive des Androgynitäts-Konzepts. Money nannte diese Mädchen maskulinisiert, aber aus der Sicht des Androgynitäts-Konzepts bieten sie das Bild einer androgynen Persönlichkeit (vgl. Abschnitt 2.2). Der Begriff "maskulinisiert" erscheint wegen der subtilen Unterschiede zwischen den Daten des Money-Ehrhardt-Kreises und dem stereotypen maskulinen Paradigma unzutreffend. Die Mädchen waren aktiv, aber zeigten nicht die Aggressivität und dominanzstrebenden Verhaltensweisen, die bei Jungen häufig gefunden werden (Bardwick 1971). Obwohl sie praktische Kleidung mochten, beschäftigten sie sich doch mehr mit ihrem Aussehen als man typischerweise bei Jungen erwarten würde. Sie zeigten nicht die schulischen oder emotionalen Probleme, die bei Jungen viermal so häufig sind wie bei Mädchen. Insgesamt waren diese Mädchen nicht einfach maskulinisiert. Das Fehlen extremer geschlechtstypischer Reaktionen, die gute emotionale Anpassung, ihre Fähigkeit, das Planen einer Familie mit Berufsplänen zu kombinieren, sprechen für eine gesunde Integration maskuliner und femininer Eigenschaften, auf die das Konzept der Androgynie paßt.

Kaplan sieht bei den an Jungen mit adrenogenitalem Syndrom gefundenen Ergebnissen keine klare Evidenz für eine gesunde Integration maskuliner und femininer Merkmale, die es erlauben würde, die Jungen androgyn zu nennen. Sie scheinen jedoch frei von den geschlechtstypischen Extremen der Aggressivität und Passivität und der begrenzten Flexibilität.

Ein erhöhter pränataler Androgenspiegel kann also bei Mädchen in eher androgynem Verhalten resultieren. Dieser Effekt könnte eine indirekte Konsequenz des höheren

Aktivitätsniveaus sein. Mädchen mit höherem Aktivitätsniveau spielen lieber Spiele im Freien, die sie auch mehr in Kontakt mit Jungen bringen. Dadurch haben sie einen weiteren Bereich an Modellen zur Verfügung als die meisten anderen Mädchen und entwickeln einen androgyneren Stil. Diese wie auch jede andere Interpretation ist jedoch noch sehr spekulativ.

Das Konzept der Androgynie könnte sich bei der Untersuchung der Eigenschaften und des Verhaltens von Personen mit Störungen der Geschlechtshormone als nützlich erweisen. Einige der Fragebogen, die neuerdings entwickelt werden, um psychologische Androgynie zu identifizieren, könnten bei diesen Personen verwendet werden (Bem 1974; Spence, Helmreich und Stapp 1975; Berzins und Welling 1978). Eine deutsche Übersetzung des Fragebogens von Bem liegt bereits vor (Keller 1978, Hogan 1979). Auf diese Weise könnten Fragen zur Brauchbarkeit dieses Interpretationsansatzes überprüft werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zum Geschlechtsrollenverhalten von Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom ist zu beachten, daß die genannten Untersuchungen Schwächen aufweisen.

Es wurden lediglich Interviewdaten erhoben, die durch das Wissen der Interviewer um die Diagnose "adrenogenitales Syndrom" beeinflusst worden sein könnten. Befragt wurden die Mütter und die Patientinnen, die ebenfalls nicht als objektive Beurteiler gelten können. Die Untersuchungen basieren auf einer kleinen Zahl von klinischen Fällen. Die Interpretation des Geschlechtsrollenverhaltens als Wirkung pränataler Androgenspiegel erscheint übereilt. Die Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom unterscheiden sich von den Kontrollmädchen nicht

nur durch unterschiedliche pränatale Hormonspiegel, sondern auch durch Aussehen des Genitale bei der Geburt und die Notwendigkeit der Cortisoldauersubstitution. Sie können dadurch unterschiedliche Reaktionen der Umwelt auslösen und selbst das Bewußtsein ihrer Besonderheit entwickeln. Zusammenfassend kann aber festgestellt werden, daß pränatale Androgene wahrscheinlich Effekte auf das Verhalten im Hinblick auf Aktivität und Tomboy-Verhalten haben. Die Art dieser Effekte und ihre Interaktion mit der Erfahrung ist jedoch unklar.

6. Geschlechtstypische Körperhaltung und-bewegung

Wex (1979) definiert Körpersprache als "alle körperlichen Bewegungen, die wir in unserem alltäglichen Leben ausführen, von der Art wie wir gehen, sitzen, stehen, liegen bis zu unserem Gesichtsausdruck". Diese meist unbewußten Bewegungen sind wesentlicher Bestandteil unserer Verständigung. Wex unterscheidet zwischen Körperhaltungen, die nicht in Verbindung mit der Wortsprache auftreten, Gebärden, die die gesprochene Sprache begleiten und Gesten, die eher unbewußt und von Absichten und Notwendigkeiten bestimmt sind. Hartley (1959) wies auf die Bedeutung der Körpersprache für Geschlechtsrollen hin und bezeichnete sie als Verhaltenskennzeichen für sozialen Status.

Untersuchungen zu Geschlechtsunterschieden in der Körpersprache stehen in der Tradition von Birdwhistell (1970), der geschlechtstypisches motorisches Verhalten erforschte, von ihm "gender signals" benannt. Aus seiner kinetischen Arbeit schloß er: "Humans and probably a number of other weakly dimorphic species necessarily organize much of gender display and recognition on the level of position,

movement and expression". Diese Verhaltensweisen bezeichnet er als "tertiäre Geschlechtsmerkmale".

Berne (1974) wies darauf hin, daß Frauen in Therapie-sitzungen Anspannung zeigen, indem sie die Gliedmaßen in einer geschlossenen Position halten. Sie schlagen die Beine an den Knien übereinander, schlingen einen Fuß um den Knöchel des anderen Beins und legen die Arme übereinander.

Geschlechtsunterschiede in sozialen Interaktionen wurden sowohl im Ausmaß der Offenheit des Körpers (Mehrabian 1968) als auch im Grad der Symmetrie in der Anordnung von Armen und Beinen (Mehrabian 1972) gefunden. Frauen halten in sozialen Situationen Arme und Beine symmetrischer als Männer und Symmetrie bedeutet möglicherweise geringere Entspannung.

Davis und Weitz (1978a, 1978b) fanden, daß Frauen den Kopf mehr bewegten und mit Händen und Unterarmen stärker gestikulierten. Männer zeigten beim Sitzen offenere Positionen und neigten den Rumpf oft beträchtlich zur Seite.

In einer deutschen Arbeit (Wex 1979) wurden anhand von Fotoserien Merkmale der Körperhaltung von Frauen und Männern herausgearbeitet. Wex (1979) führt als allgemeine Merkmale der Körperhaltung von Frauen an: eng aneinandergehaltene Beine, gerade oder nach innen gestellte Füße, das heißt die Frau macht sich vor allem schmal und nimmt wenig Raum in Anspruch. Die allgemeinen Merkmale der Körperhaltung von Männern dagegen sind breite Beinhaltung, nach außen gestellte Füße, die Arme im Abstand zum Körper

gehalten, das heißt der Mann macht sich breit und nimmt allgemein für sich wesentlich mehr Raum in Anspruch als die Frau.

Ähnliche Haltungsunterschiede wurden auch im interkulturellen Vergleich beobachtet (Hewes 1956): In statischen Positionen tendieren Frauen zu einer geschlosseneren Anordnung von Armen und Beinen als Männer.

Dieser Haltungsunterschied zeigte sich auch bei Tieren. So beobachtete z. B. Wickler (1969), daß männliche Affen beim Sitzen die Gliedmaßen offener anordnen als weibliche.

Blurton-Jones und Konner (1973) fanden Geschlechtsunterschiede in der Körpersprache sowohl bei Buschleute-Kindern als auch bei Londoner Kindern. Bei Mädchen trat "Kopf zur Seite geneigt" und "Selbst-Berührung" häufiger auf, bei Jungen "Beißen auf die Unterlippe".

Frühere Untersuchungen über Körperhaltung und Körperbewegung als Kennzeichen der Geschlechtsrolle konzentrierten sich weitgehend auf Geschlechtsunterschiede zwischen Erwachsenen (z. B. Birdwhistell 1970). Michael und Willis (1968) fanden jedoch, daß das erste Schuljahr für die Entwicklung des Gestenrepertoires eines Kindes entscheidend ist. Neuere entwicklungspsychologische Untersuchungen über den Erwerb des motorischen Geschlechtsrollenverhaltens zeigten, daß sich systematische Unterschiede allmählich herausbilden und nach dem zweiten Schuljahr deutlich feststellbar sind (Jenni und Jenni 1976; Hayes, Nelson, Steele, Meeler und Barlow 1977).

Zu Geschlechtsunterschieden in der Haltung der Arme beim Tragen von Büchern liegen einige Untersuchungen vor. Die Tendenz der Frauen zu geschlosseneren Positionen zeigt sich auch hier. Frauen tragen Bücher so, daß sie die Vorderseite des Körpers teilweise verdecken. Sie halten die Arme geschlossen und symmetrisch. Einer oder beide Arme werden um die Bücher geschlungen, die gegen den Körper gedrückt werden. Männer tragen Bücher so, daß der Körper frei bleibt, nämlich in einer Hand seitlich vom Körper. Dieser Verhaltensunterschied ist weithin bekannt (Berg 1978 vgl. Abb.1).

Abb. 1: Männliche und weibliche Variante des Tragens von Büchern (Berg 1978).



Seit 1976 wurden die Geschlechtsunterschiede beim Tragen von Büchern wissenschaftlich untersucht und bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in den Vereinigten Staaten gefunden (Hanaway und Burghardt 1976; Jenni und Jenni 1976;

Rekers und Mead 1978) und auch in südamerikanischen Kulturen nachgewiesen (Jenni und Jenni 1976). Die Unterschiede treten unabhängig von der Kraft beim Tragen, dem Umfang der zu tragenden Bücher oder dem Büchergewicht auf (Jenni, M. A. 1976; Spottswood und Burghardt 1976). Männer, die gelegentlich Bücher nach dem "weiblichen" Muster trugen, erzielten in Geschlechtsrollenfragebogen hohe Feminitätswerte. Männer wendeten sehr selten die weibliche" Tragemethode an. Frauen, die Bücher nach dem "männlichen" Muster trugen, unterschieden sich von anderen Frauen nicht in Geschlechtsrollenfragebogenwerten. Ein hoher Prozentsatz der Frauen wendete beide Tragemethoden an (Jenni 1976).

Von Rekers und Mitarbeitern liegen einige Untersuchungen zu geschlechtstypischem motorischem Verhalten vor, die von einem klinischen Ansatz ausgehen. Rekers (1977a) beobachtete bei Jungen mit Geschlechtsidentitäts- oder Geschlechtsrollenproblematik acht Gesten, die von Eltern und Gleichaltrigen als "weiblich" bezeichnet wurden. Diese Gesten wurden definiert und in zwei Studien mit normalen Jungen und Mädchen wurde untersucht, ob tatsächlich Geschlechtsunterschiede in diesen Verhaltensweisen vorkommen.

Rekers, Amaro-Plotkin und Low (1977) registrierten die Verhaltensweisen bei 48 "normalen" Jungen, femininen Jungen und Mädchen aus zwei Altersgruppen (4 - 5 Jahre bzw. 11 - 12 Jahre), die einzeln ein standardisiertes Spiel durchführten. Für drei Gesten fanden sie signifikante Geschlechtsunterschiede bei beiden Altersgruppen. Folgende Gesten traten bei Mädchen und femininen Jungen häufiger auf als bei "normalen" Jungen:

- Lockeres Handgelenk: operational definiert als Beugen des Handgelenks zur Innenseite des Unter- oder Oberarms bei gebeugtem oder gestrecktem Ellbogen
- Flattern der Arme: die schnelle Folge von Auf- und Abbewegungen des Unterarms und/oder Oberarms bei entspanntem Handgelenk
- Gebeugte Ellbogen: die Arme werden beim Gehen oder Stehen so gehalten, daß der Winkel zwischen Unter- und Oberarm zwischen 0 und 135 Grad (ungefähr beträgt).

Rekers und Rudy (1978) wiederholten das Verfahren bei 180 Jungen und Mädchen aus drei Altersgruppen (4 - 5 Jahre, 7 - 8 Jahre, 10 - 11 Jahre). In dieser Untersuchung wurden den von Rekers, Amaro-Plotkin und Low (1977) definierten Gesten eine neunte hinzugefügt. Unterschiede wurden in den oben angeführten Variablen gefunden und in den folgenden, die bei Mädchen wesentlich häufiger auftraten als bei Jungen:

- Hände berühren sich vor dem Körper
- Handflächen am Kopf: Handflächen berühren den Kopf oberhalb der Ohren.

Ferner wurde eine Geste gefunden, die bei älteren Jungen (in der Altersgruppe 10 - 11 Jahre) signifikant häufiger auftrat als bei jüngeren und bei den Mädchen aller Altersgruppen. Es handelt sich um die Geste "Hände auf den Hüften mit den Fingern nach vorne", die definiert wurde als das Abstützen der Handfläche(n) auf Taille oder Hüfte(n), wobei die Finger nach vorne zeigen.

Rekers, Willis, Yates, Rosen und Low (1977) berichteten über einen Jungen mit Geschlechtsidentitätsstörung, der seine femininen Gesten nicht diskriminieren konnte. Dies

könnte das Unvermögen der Kinder erklären, diese Verhaltensweisen, trotz starker sozialer Kritik von Gleichaltrigen und dem Wunsch nach Veränderung, zu hemmen (Rekers 1977a). In diesem Zusammenhang ist auch bemerkenswert, daß das Geschlecht des Versuchsleiters keinen Einfluß auf die Gesten hatte (Rekers und Rudy 1978) im Unterschied zum geschlechtstypischen Spielverhalten (Rekers 1975, vgl. Abschnitt 3.6). Rekers verband deshalb mit seinen Untersuchungen die Hoffnung, geschlechtstypische Körperhaltungen und -bewegungen als nützliches diagnostisches Instrument zur Diskrimination des Jungen mit Geschlechtsidentitäts-/rollenproblematik vom "normalen" Kind einsetzen zu können. Er legte Mittelwerte und Standardabweichungen für die geschlechtstypischen Gesten vor. Bei Abweichung von mehr als einer Standardabweichung vom Gruppenmittelwert empfahl er intensive Diagnostik zum Ausschluß einer Geschlechtsidentitäts- bzw. Geschlechtsrollenstörung.

Rekers, Sanders und Strauss (1979) untersuchten, ob die bei kleineren Kindern gefundenen Geschlechtsunterschiede auch bei älteren Kindern und Jugendlichen auftreten. Bei 11- bis 18-jährigen Jungen und Mädchen wurden Geschlechtsunterschiede nur in den Gesten "lockeres Handgelenk" und "Handflächen am Kopf" gefunden.

Das Fehlen klarer Geschlechtsunterschiede in diesen neun Gesten bei Heranwachsenden zeigt, daß sie nicht als Kriterium zur Diagnose von Geschlechtsstörungen bei Jungen über 11 Jahren verwendet werden können. Die Häufigkeiten dieser Gesten sind im allgemeinen niedrig, (mit der Ausnahme der "gebeugten Ellbogen").

Eine wichtige theoretische Frage ist, warum diese Gesten i. a. "feminin" genannt werden (z. B. lockeres Handgelenk)

obwohl sie bei Mädchen im Jugendalter tatsächlich nicht häufiger vorkommen als bei Jungen. Es ist möglich, daß die Gesten, die von schwer geschlechtsgestörten Kindern gezeigt werden, tatsächlich übertriebene Versionen dieser Gesten sind und viel häufiger auftreten als bei normalen Jungen oder Mädchen in der Allgemeinpopulation. In diesem Kontext könnten nach Rekers et al. (1979) Häufigkeiten von mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert bei jugendlichen Klienten als atypisches Verhalten betrachtet werden, wenn nicht sogar als möglicher Indikator einer Geschlechtsstörung. Natürlich erfordert die Diagnose einer Störung einen multi-dimensionalen Ansatz.

Eine wichtige Forschungsaufgabe für die Zukunft ist es, Körpergesten von Jugendlichen, die als geschlechtsgestört diagnostiziert wurden, mit Körpergesten von Jugendlichen beiderlei Geschlechts zu vergleichen, die nicht als geschlechtsgestört diagnostiziert wurden. Geschlechtstypische Körpergesten in der Kindheit (Rekers und Rudy 1978) unterscheiden sich offensichtlich von denen in der Adoleszenz.

Die geschlechtstypischen¹ motorischen Verhaltensweisen, die von Barlow et al. (Barlow, Reynolds und Agras 1973; Barlow 1977; Barlow, Abel und Blanchart 1979) beschrieben werden, könnten zur Diagnose von Geschlechtsstörungen bei Jugendlichen nützlich sein, da die untersuchten Verhaltensweisen ursprünglich bei erwachsenen Transsexuellen beobachtet wurden, während die von Rekers,

¹ Barlow et al. (1979) nennen sie geschlechtsrollenspezifische motorische Verhaltensweisen.

Sanders und Strauss (1979) bei geschlechtsgestörten Kindern beobachtet wurden.

Die von Barlow et al. (1973, 1977, 1979) entwickelte Checkliste hat geschlechtstypische Aspekte des Sitzens, Gehens und Stehens zum Inhalt. Als Grundlage bei der Entwicklung dieser Checkliste diente die Beobachtung von Männern und Frauen in ihrer natürlichen Umwelt. Die Skala wurde aus vier weiblichen und vier männlichen Merkmalen gebildet. Männer kreuzen z. B. beim Sitzen die Beine so, daß ein Fußknöchel auf dem Knie des anderen Beines aufliegt. Frauen schlagen die Beine am Knie übereinander, wobei die Beine eng geschlossen sind. Die Beobachterübereinstimmung betrug mehr als 90%. Die Skala wurde an je fünf Männern und Frauen ohne Abweichungen der Geschlechtsidentität oder -rolle validiert.

Sie unterschied deutlich zwischen männlichen und weiblichen motorischen Verhaltensweisen. Bei der Therapie von Transsexuellen wurde sie zur Therapieverlaufs- und Erfolgskontrolle eingesetzt (Barlow et al. 1973; 1979). Die neueste Version der Skala wurde von Barlow, Hayes, Nelson, Steele, Meeler und Mills (1979) validiert. Naive Rater stellten maskulin und feminin wirkende Frauen und Männer fest. Die Probanden wurden dann beim Sitzen, Stehen und Gehen auf der Checkliste eingeschätzt, um die Übereinstimmung mit der Einschätzung der naiven Rater festzustellen. Diese Einschätzungen wurden sowohl dann vorgenommen, wenn die Versuchspersonen nicht wußten, daß ihr geschlechtsrollenspezifisches motorisches Verhalten eingeschätzt wurde als auch wenn sie sich dieser Einschätzung bewußt waren. Die Ergebnisse zeigten, daß diese Checkliste reliabel verwendet werden kann und daß sie in der erwarteten Richtung zwischen biologisch

männlichen und weiblichen Personen und auch zwischen maskulinen und femininen Frauen unterscheidet. Zusätzlich zeigten alle Gruppen weniger feminines Verhalten, wenn ihnen die Einschätzung bewußt war. Zwischen maskulinen und femininen Männern konnte die Skala nicht unterscheiden.

Einige der Checklisten-Items erfordern eine forced-choice-Bewertung. Auf den ersten Blick erinnert das an die bipolaren Maskulinitäts- und Femininitätsskalen (vgl. Abschnitt 2.2).

Tatsächlich ist die forced-choice-Bewertung weitgehend darauf zurückzuführen, daß es in vielen Fällen nur zwei grob definierbare Haltungen gibt, die man einnehmen kann, z. B. Haltungen der Arme oder Füße beim Sitzen, Stehen und Gehen. Es stellt sich die Frage nach der Beziehung zwischen dem Konzept der Androgynie, das auf Geschlechtsrollenfragebogen basiert und der Checkliste motorischen Verhaltens. Eine Parallele der Verhaltenscheckliste zum Androgynie-Konzept könnte sich aus der Untersuchung motorischen Geschlechtsrollenverhaltens über Situationen ergeben. In einem sozialen Kontext könnte es z. B. situationsangemessener sein, sich "maskulin" zu bewegen und in einem anderen "feminin". Eine Person, die sich in allen Situationen extrem maskulin verhält, ist vielleicht sozial nicht so effektiv wie eine flexiblere Person. Es gibt einige Hinweise auf Situationsspezifität der motorischen Verhaltensweisen, die in der Checkliste eingeschätzt werden. Schoen (1978) ließ motorisches Geschlechtsrollenverhalten bei Studenten sowohl im Unterricht als auch in der Freizeit einschätzen und fand interessante Beispiele für Situationsabhängigkeit. Ein erfolgreich behandelter Transsexueller nannte als großen Nutzen der Therapie, daß er sich je nach

Situation flexibler maskulin oder feminin verhalten konnte (Barlow, Abel und Blanchard 1979). Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß Mann-zu-Frau-Transsexuelle feminineres motorisches Verhalten zeigen als "normale" Frauen (Green und Money 1969).

Bates, Bentler und Thompson (1979) verglichen 13 Jungen mit femininem Verhalten mit 25 "normalen" Jungen und 12 verhaltensgestörten Jungen. Auf Video aufgezeichnete Interviews und Zeitlupenaufnahmen von Ballwürfen wurden nach verschiedenen Variablen eingeschätzt. Jungen mit abweichender Geschlechtsidentität/-rolle und Jungen der klinischen Kontrollgruppe zeigten stärkere Einengung des Körpers und eine weniger ideale Wurfform. Jungen mit abweichender Geschlechtsrolle/-identität vermittelten auch den Eindruck mangelnder Koordination.

II. Empirischer Teil

1. Fragestellung und Hypothesen

Der Einfluß pränataler Androgene auf das Verhalten wurde in Tierversuchen nachgewiesen (vgl. Abschnitt 4.2). Im Humanbereich versucht die psychoendokrinologische Forschung über das adrenogenitale Syndrom die Bedeutung hormoneller Faktoren zu erfassen. Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom sind pränatal erhöhten Mengen von Androgenen ausgesetzt. In den bisher durchgeführten Untersuchungen zur Psychosexualität bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom (AGS) wurde gefunden, daß sie im Laufe ihrer Entwicklung eine weibliche Geschlechtsidentität ausbilden und sich heterosexuell orientieren. In einigen Aspekten des Geschlechtsrollenverhaltens unterscheiden sie sich jedoch von gleichaltrigen gesunden Mädchen (vgl. Abschnitt 5.2). Die Unterschiede wurden als Effekte des pränatalen Androgenüberschusses bei Mädchen mit AGS interpretiert. Berücksichtigt werden muß jedoch, daß Mädchen mit AGS sich von Kontrollmädchen nicht nur durch unterschiedliche pränatale Hormone, sondern auch durch Aussehen des Genitale bei Geburt und die Notwendigkeit der Cortisolsubstitution unterscheiden. Dadurch können sie andere Reaktionen der Umwelt auslösen und das Bewußtsein ihrer Besonderheit entwickeln. Die in den Untersuchungen eingesetzten Erfassungsmethoden waren Befragungen der Mädchen und ihrer Mütter. Die Patientinnen und ihre Mütter können ebenso wie die Interviewer, die die Diagnose AGS kannten, nicht als objektive Beurteiler gelten.

Unabhängig von der Frage nach dem Einfluß der pränatalen Hormone auf das Geschlechtsrollenverhalten sollte in der vorliegenden Untersuchung auch ein weiter gefächertes Bild der Persönlichkeit der Mädchen mit AGS im Vergleich zu gesunden Mädchen bzw. gesunden Jungen ermittelt werden. Die Genitalveränderung bei Geburt, eventuell erforderliche Genitalkorrekturen, die Notwendigkeit einer lebenslänglichen Hormonsubstitution und wiederholter Kontrolluntersuchungen bringen für das Kind und seine Familie Belastungen mit sich, denen gesunde Kinder nicht ausgesetzt sind. Mit einem Persönlichkeitsfragebogen wurde deshalb untersucht, ob AGS-Mädchen sich im Vergleich zu gesunden Mädchen und gesunden Jungen unterschiedlich beschreiben.

Die Bevorzugung von Jungen oder Mädchen als Spielkameraden kann Hinweise auf das Geschlechtsrollenverhalten liefern (vgl. Abschnitt 3.6). Die referierten Untersuchungen zum Verhalten von AGS-Mädchen erbrachten zu dieser Frage unterschiedliche Ergebnisse. Während die Gruppe um Money und Ehrhardt (vgl. Abschnitt 5.2) fand, daß AGS-Mädchen lieber mit Jungen spielen, konnte dieses Ergebnis von Mattheis (1980) nicht bestätigt werden. Nach der von Rekers (1979a) vorgeschlagenen Methode (vgl. Abschnitt 3.6) sollte deshalb überprüft werden, ob AGS-Mädchen sich in der Wahl des Geschlechts ihrer Spielkameraden von gesunden Mädchen bzw. Jungen unterscheiden.

Hauptziel der vorliegenden Arbeit war es, einen spezifischen Aspekt des Geschlechtsrollenverhaltens, die Körperhaltung, anhand von Beobachtungsdaten genauer zu untersuchen. Motorisches Geschlechtsrollenverhalten

unterliegt in geringerem Ausmaß der bewußten Kontrolle als z. B. Spielverhalten. Die Körperhaltung wird vermutlich von biologischen und psychologischen Variablen beeinflusst. Da bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom pränatale hormonelle und Sozialisationsfaktoren gegenläufig wirken, ist ihr Verhalten besonders interessant. Wenn Geschlechtsunterschiede in der Körperhaltung stärker durch pränatale hormonelle Faktoren beeinflusst wären, müßten sich AGS-Mädchen in ihrer Körperhaltung von gesunden Mädchen unterscheiden und ein eher männliches Verhaltensmuster zeigen. Da dieser Bereich des Geschlechtsrollenverhaltens bei Mädchen mit AGS noch nicht untersucht wurde, kann jedoch nicht vorausgesetzt werden, daß eine Abweichung in Richtung "Maskulinisierung" des Verhaltens weist. Von Überlegungen zur Entwicklung der Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle ausgehend, kann auch vermutet werden, daß AGS-Mädchen aufgrund ihrer organischen Besonderheit eine weniger stabile Identität ausbilden und daher stärker auf weibliches Rollenverhalten zur Bestätigung ihrer Weiblichkeit angewiesen sind.

Die Erfassung der maskulinen bzw. femininen Körperhaltung hat sich im amerikanischen Forschungsbereich als diagnostische Methode bei Jungen und Mädchen mit Störungen der Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle bewährt. Die Eignung der Körperhaltung als diagnostisches Instrument zu überprüfen, war ein weiteres Ziel der Untersuchung.

Damit zeichneten sich folgende Hypothesen ab:

1. AGS-Mädchen, gesunde Mädchen und Jungen unterscheiden sich in Persönlichkeitsvariablen.

2. AGS-Mädchen, gesunde Mädchen und Jungen bevorzugen Spielgefährten des gleichen oder des anderen Geschlechts in unterschiedlichem Ausmaß.
3. Zwischen AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen bestehen Unterschiede in Körperhaltung und Körperbewegung.

2. Darstellung der Untersuchung

2.1 Methode

Es wurde eine Untersuchung durchgeführt, die als systematische Beobachtung gekennzeichnet werden kann. Einige Aspekte des Geschlechtsrollenverhaltens und Persönlichkeitsdimensionen wurden als abhängige Variablen und Geschlecht bzw. AGS wurden als unabhängige Variablen betrachtet. Von der Körperhaltung der Kinder wurden in einer standardisierten Situation Videoaufnahmen hergestellt. Die Auswertung der Videoaufnahmen erfolgte durch systematische Beobachtung unter standardisierten Bedingungen.

2.2 Versuchspersonen

Versuchspersonen waren 36 Kinder im Alter von 8 - 14 Jahren. Drei Gruppen von je 12 Kindern wurden gebildet: AGS-Mädchen, gesunde Mädchen und Jungen. Bei den AGS-Mädchen handelte es sich um ambulant betreute Patientinnen der endokrinologischen Abteilung der Kinderklinik der Universität München. Es wurden nur AGS-Mädchen in die Stichprobe aufgenommen, bei denen früh mit der Cortisolsubstitution begonnen wurde, die hormonell gut

eingestellt waren und bei denen die Genitalkorrektur früh erfolgte. Die Gruppen der AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen sollten sich im Alter möglichst entsprechen. Schultyp, soziale Schichtzugehörigkeit und Größe des Wohnorts wurden festgehalten. (Die Beschreibung der einzelnen Kinder hinsichtlich der genannten Variablen findet sich im Anhang S. 1 - 3).

Die Kinder jeder Gruppe befanden sich durchschnittlich im 12. Lebensjahr. Die Jungen waren durchschnittlich etwas jünger als die AGS-Mädchen und die gesunden Mädchen (vgl. Tab. 1 und 2).

Tab. 1: Verteilung der Kinder auf die Altersstufen

	8 - 9 J.	10 - 11 J.	12 - 14 J.
AGS-Mädchen	2	4	6
Mädchen	1	5	6
Jungen	3	4	5

Tab. 2: Durchschnittsalter der Kinder (in Jahren und Monaten)

	Mittelwert	jüngstes Kind	ältestes Kind
AGS-Mädchen	11;9	8;9	14;1
Mädchen	11;8	9;0	13;2
Jungen	11;1	8;3	13;10

Die Einordnung der Kinder nach der Zugehörigkeit zu den sozialen Schichten wurde nach Kleining und Moore (1968) vorgenommen. Dabei wurden die Einzelgruppen von Kleining und Moore pragmatisch zu einer dreistufigen Skala zusammengefaßt (vgl. Tab. 3). Die Angaben zum Beruf des Vaters wurden nach dieser Skala durch Fremdeinschätzung kodiert. Im Vergleich zu den AGS-Mädchen waren bei den Jungen die mittlere und obere Mittelschicht überrepräsentiert, bei den gesunden Mädchen dagegen die Unterschicht (vgl. Tab. 3).

Tab. 3: Zugehörigkeit der Kinder zu sozialen Schichten

	UU + OU	UM	MM + OM
AGS-Mädchen	2	7	3
Mädchen	4	7	1
Jungen	2	3	7

UU + OU : Untere Unterschicht + Obere Unterschicht

UM : Untere Mittelschicht

MM + OM : Mittlere Mittelschicht + Obere Mittelschicht

(Bezeichnungen nach Kleining und Moore 1968)

Mehr AGS-Mädchen als gesunde Mädchen besuchten weiterführende Schulen (Realschule oder Gymnasium), was vermutlich damit zusammenhängt, daß ein größerer Anteil von AGS-Mädchen als von gesunden Mädchen der sozialen Mittelschicht zuzuordnen ist. Das geringere Durchschnittsalter der Jungen macht sich im größeren Anteil an Jungen bemerkbar, die noch die Grundschule besuchen. Von den

älteren Jungen besucht ebenso wie bei den AGS-Mädchen etwa die Hälfte die Realschule oder das Gymnasium (vgl. Tab. 4).

Tab. 4: Schultypen

	Grund- schule	Haupt- schule	Real- schule	Gymnasium
AGS-Mädchen	2	4	1	4
Mädchen	1	9	0	2
Jungen	6	3	0	3

Die Verteilung der Kinder auf die verschiedenen Wohnortgrößen ist zwischen den Gruppen unterschiedlich. Einige AGS-Mädchen und Jungen kommen aus sehr kleinen Orten (unter 5000 Einwohnern), während die gesunden Mädchen mit großer Mehrheit aus größeren Städten kommen (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Einwohnerzahlen der Wohnorte der Kinder

	bis 5000	über 5000
AGS-Mädchen	4	8
Mädchen	1	10
Jungen	5	7

2.3 Meßvariablen

2.3.1 Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder

Der Hamburger Persönlichkeitsfragebogen (HAPEF-K) von Wagner und Baumgärtel (1978) ist ein mehrdimensionales Testinstrument für die Erfassung der Persönlichkeitsbereiche Neurotizismus (emotionale Labilität, Ängstlichkeit, Neigung zu psychosomatischen Symptomen), Extraversion, Aggressivität und Leistungsmotivation. Die Skala umfaßt 129 Items, die mit sechs Kategorien beantwortet werden können (vgl. Anhang S. 4-5).

2.3.2 Bevorzugung von Jungen oder Mädchen

Die Tendenz des Kinds, Freunde des gleichen oder des anderen Geschlechts zu bevorzugen, sollte festgestellt werden. Dazu wurde jedem Kind ein Bogen vorgelegt, auf dem es die Vornamen der fünf Kinder eintrug, die es am liebsten mochte und mit denen es am liebsten spielte (vgl. Anhang S. 6). Diese Vornamen wurden dann als männlich oder weiblich klassifiziert. Das Verfahren wurde von Rekers (1979a) vorgeschlagen.

2.3.3 Körperhaltung

Aus der Literatur wurden die gefundenen Geschlechtsunterschiede in der Körperhaltung herausgesucht und in einer Liste zusammengefaßt. Die von Rekers, Amaro-Plotkin und Low (1977) sowie Rekers und Rudy (1978) festgestellten geschlechtstypischen Arm- und Handhaltungen beim Stehen wurden dabei nicht berücksichtigt, da sie von Kraus-Orlitta (1981) an denselben Kindern untersucht wurden. Ferner kamen auch Körperbewegungen so-

wie das Zusammenspiel der Arme und Beine nicht in Betracht, da sie zu komplex erschienen, um mit den zur Verfügung stehenden Beobachtungsverfahren zuverlässig erfaßt zu werden. Es wurden also nur Haltungen der Füße und Beine im Stehen und Haltungen sowohl der Füße und Beine als auch der Arme und Hände im Sitzen erfaßt. Die meisten der Körperhaltungen wurden in der Forschungsliteratur an Erwachsenen als geschlechtstypisch erkannt. Ziel einer Vorstudie war es, herauszufinden, welche in der Literatur beschriebenen geschlechtstypischen Körperhaltungen für diese Untersuchung an Kindern herangezogen werden können. Ferner diente die Vorstudie dem Ziel, das Aufnahme- und Beobachtungsverfahren zu erproben und Material für die Beobachterschulung zu liefern. An einer Stichprobe von sechs Kindern wurde eine Liste von Körperhaltungen erstellt, die bei diesen Kindern auftraten. In der Literatur beschriebene Körperhaltungen, die bei diesen Kindern nicht vorkamen, wurden nicht berücksichtigt, ebenso Haltungen, die bei allen Kindern sehr häufig vorkamen (wegen zu geringer Streuung).

Folgende Körperhaltungen wurden für die Hauptstudie nicht berücksichtigt, da sie extrem häufig auftraten:

A. Stehen/ Fuß- und Beinstellung

- a Gewicht auf beiden Beinen/ Füße zusammen
- b Standbein-/Spielbeinstellung/enge Kniehaltung
(beide Haltungen sind nach Barlow et al. 1979, Birdwhistell 1970, Wex 1979 bei Frauen häufiger)

B. Sitzen

- a Knie auseinander
(kommt nach Barlow et al. 1979, Birdwhistell 1970, Hewes 1957 und Wex 1979 bei Männern häufiger vor)

- b Hände im Schoß
(nach Wex 1979 bei Frauen häufiger)

Folgende Körperhaltungen wurden nicht berücksichtigt,
da sie nicht auftraten:

A. Sitzen

- a Beine am Knie übereinandergeschlagen
(„weiblich“ nach Barlow et al. 1979, Hewes 1957
und Wex 1979)
- b Beine übereinandergeschlagen, Fußknöchel auf Knie
des anderen Beins
(nach Barlow et al. 1979, Hewes 1957 und Wex 1979
typisch für Männer)
- c Hände seitlich neben Oberschenkeln
(nach Hewes 1957 bei Frauen typisch)
- d Hände seitlich eines Oberschenkels
(nach Wex 1979 bei Frauen häufiger)
- e Arm(e) in Taille aufgestützt
(nach Wex 1979 bei Männern häufiger)

Folgende Körperhaltungen wurden zur Beobachtung ausge-
wählt (vgl. Tab. 7 und Anhang S. 7 - 14):

A. Stehen/Fuß- und Beinstellung

- a Gewicht auf beiden Beinen/Füße auseinander
(nach Barlow et al. 1979, Birdwhistell 1970 und
Wex 1979 bei Männern häufiger)

„Füße auseinander“ wird gewertet, wenn zwischen
die Füße ein weiterer Schuh passen würde (vgl.
Barlow et al. 1979).

Beispiele für Fußstellungen:

- Füße parallel
- Fußspitzen nach außen

b Standbein-/Spielbeinstellung/Knie auseinander

(nach Wex 1979 bei Männern häufiger)

"Knie auseinander" wird gewertet, wenn zwischen die Knie ein weiteres Knie passen würde.

Beispiele für Spielbeinstellungen:

- Spielbeinknie abgewinkelt
- Spielbeinknie durchgedrückt

B. Sitzen

a Knie zusammen

(nach Barlow et al. 1979, Birdwhistell 1970 und Wex 1979 bei Frauen häufiger)

Die Definition von "Knie zusammen" erfolgt in Anlehnung an Barlow et al. (1979) nach der Stellung der Knie im Vergleich zu den Hüftgelenken. Bleibt der Winkel zwischen den Oberschenkeln vom Hüftgelenk bis zum Knie gleich oder verkleinert er sich, wird "Knie zusammen" registriert".

Beispiele für Fußstellungen:

- Fußgelenk (e) nach innen gekippt
- Fußspitze (n) nach innen gestellt
- Fußspitze (n) nach außen gestellt

b Hände auf Knien

(tritt nach Hewes 1957 und Wex 1979 bei Männern häufiger auf)

Die Hände oder Arme werden in Abstand zum Körper auf die Knie oder Oberschenkel der gespreizten Beine gelegt oder gestützt.

Beispiele:

- Die Arme werden in weitem Abstand zum Körper auf die gespreizten Schenkel gestützt
- Ein Arm wird mit herunterhängender Hand auf einen Schenkel der gespreizten Beine gestützt
- Die Hände werden vor den breit gestellten Schenkeln mit aufgestützten Unterarmen gefaltet
- Eine Hand wird auf den Schenkel eines breit gespreizten Beines gestützt, die Ellbogen werden weit nach außen gedrückt
- Beide Hände werden bei ausgestreckten Armen auf die Knie der weit gespreizten Beine gelegt

c Arme verschränkt

2.3.4 Werfen

Da es nicht möglich war, die Videoaufnahmen in Zeitlupe abzuspielen, konnte das Werfen nur grob beurteilt werden. Für die Klassifikation "Armbewegungen von der Schulter ausgehend" versus "Armbewegungen vom Ellbogen ausgehend" (nach Bates et al. 1979) ließ sich in der Voruntersuchung keine ausreichende Beobachterübereinstimmung erzielen (< 80%). Unterschiede in der Bewegungsrichtung des Wurfarmes wurden aber beobachtet. Einige Kinder warfen von oben nach unten, andere von unten nach oben. Bei der Hauptuntersuchung wurde dann bei jedem Wurf (im Stehen) vermerkt, ob die Bewegungsrichtung des Armes von oben nach unten oder von unten nach oben war. Für jedes Kind wurde dann die Zahl der Würfe von oben nach unten bzw. von unten nach oben festgehalten.

Da die Art des Werfens trotz gleicher Bewegungsrichtung des Wurfarmes (von oben nach unten versus von unten nach

oben) bei den Kindern der Voruntersuchung unterschiedlich wirkte, sollte sie bei jedem Kind nach dem Ansehen der Videoaufnahme vom Beobachter global auf einer dreistufigen Skala (geziert-neutral-kraftvoll) eingestuft werden.

Tab. 7 : Körperhaltungen, deren Auftretenshäufigkeit registriert wird

Stehen/Fuß und Beinstellung:

Gewicht auf beiden Beinen/FÜße auseinander

Standbein-/Spielbeinstellung/Knie auseinander

Sitzen

Knie zusammen

Hände auf Knien

Arme verschränkt

2.4 Durchführung

2.4.1 Versuchsablauf

Von den Kindern wurden Videoaufnahmen hergestellt, während sie ein Wurfspiel durchführten (in Anlehnung an Rekers, Amaro-Plotkin und Low (1977) und Rekers und Rudy (1978)). Die Kinder kamen einzeln in einen Raum, in dem auf einem Tisch eine Pyramide aus Schaumstoffwürfeln aufgestellt war. Seitlich standen auf einem anderen Tisch der Video-recorder und ein während der Aufnahmen abgeschalteter Monitor, daneben die Kamera. Vor der Durchführung des

Spiels wurde dem Kind die Videoanlage erklärt und es konnte sich seinem Alter entsprechend damit vertraut machen. Dem Kind wurde erklärt, daß das Ziel der Untersuchung sei, festzustellen, wie Kinder mit Hilfe eines mit Erbsen gefüllten Säckchens die Würfel herunterwerfen, ob das Werfen im Sitzen oder im Stehen schwieriger sei und ob das Alter der Kinder dabei eine Rolle spiele. Es wurde darauf geachtet, die Situation für das Kind nicht leistungsorientiert zu gestalten und es möglichst zu entspannen. Auf Gesprächsangebote des Kinds wurde auf nicht-direkte Weise eingegangen. Das Kind wurde angewiesen, auf seinem Platz zu bleiben, bis nach jedem Wurf die Würfel wieder aufgestellt waren und es von der Versuchsleiterin das Säckchen für den nächsten Wurf bekam. Der Platz des Kindes war durch einen Kreis auf dem Fußboden markiert, in den für die Aufnahmen im Sitzen ein der Körpergröße des Kinds angemessener Stuhl gestellt wurde. Jedes Kind wurde zunächst im Sitzen acht Minuten lang aufgenommen, dann im Stehen 15 Minuten lang. Während des Spiels war das Kind mit der Versuchsleiterin allein im Raum. Nach dem Spiel konnte es mit den Eltern zusammen die Aufnahmen ansehen.

Vor der Durchführung des Wurfspiels hatte das Kind den HAPEF ausgefüllt und die Vornamen der fünf Kinder aufgeschrieben, die es am liebsten hat und mit denen es am liebsten spielt.

2.4.2 Beobachtungsverfahren

Die Zeit, in der das Kind das Säckchen in der Hand hielt, wurde für die Beobachtung der Körperhaltung nicht berücksichtigt. Die Aufnahmedauer von acht Minuten (im Sitzen) bzw. 15 Minuten (im Stehen) erwies sich in der Vorstudie

als erforderlich, um fünf Minuten Beobachtungszeit (im Sitzen) bzw. zehn Minuten Beobachtungszeit (im Stehen) zur Verfügung zu haben. Die Beobachtungszeit von fünf Minuten (im Sitzen) wurde in 30 Einheiten von zehn Sekunden Dauer und die Beobachtungszeit von zehn Minuten in 60 Einheiten von zehn Sekunden Dauer unterteilt. Der Wert für eine bestimmte Körperhaltung war die Zahl der Beobachtungseinheiten, in denen sie auftrat. Das Videoband wurde von der Versuchsleiterin nach jeweils zehn Sekunden angehalten. Die Beobachter zeichneten dann auf, welche Körperhaltung aufgetreten war (Registrierblätter im Anhang S. 12 - 14). Wenn das Kind während einer Beobachtungseinheit das Säckchen bekam, wurde diese Einheit für die Körperhaltung nicht gewertet. Bei jedem Wurf wurde aber die Bewegungsrichtung des Wurfarms registriert. Im Anschluß gaben die Beobachter eine Gesamtbeurteilung über den Eindruck ab, den das Kind beim Werfen vermittelte (geziert-neutral-kraftvoll).

2.4.3 Beobachterübereinstimmung und Beobachtertraining

Die Videoaufnahmen wurden von insgesamt sechs Beobachtern ausgewertet, die nicht darüber Bescheid wußten, ob ein Mädchen AGS hatte oder nicht. Sie wurden auch nicht darüber informiert, welche Körperhaltungen in der Literatur als typisch für Jungen oder Mädchen bzw. Männer oder Frauen angenommen werden.

Ein Index der Beobachterreliabilität wurde berechnet, indem die Zahl der Übereinstimmungen durch die Summe aus der Zahl der Nicht-Übereinstimmungen und der Zahl der Übereinstimmungen dividiert wurde und das Ergebnis als Prozentsatz angegeben wurde. Übereinstimmung war dann

gegeben, wenn die Beobachter während einer Beobachtungseinheit dasselbe Verhalten registrierten. Nicht-Übereinstimmung lag dann vor, wenn nur einer der Beobachter das Auftreten einer Verhaltensweise feststellte.

Mit den Beobachtern wurde anhand der Aufnahmen von Pilot-Versuchspersonen ein Vortraining durchgeführt, bis ein Kriterium von 80% Beobachterübereinstimmung erreicht war. Die Aufzeichnungen wurden dann von jeweils einem Beobachter ausgewertet. An Stichproben der Aufnahmen wurde die Beobachterübereinstimmung durch unabhängige Auswertung durch einen zweiten oder dritten Beobachter festgestellt.

3. Statistische Auswertung

Den Variablen der Körperhaltung und den Persönlichkeitsvariablen kann Ordinalskalenniveau zuerkannt werden. Da drei unabhängige Stichproben vorliegen, kann unter der Voraussetzung, daß die untersuchte Variable kontinuierlich verteilt ist, mit dem H-Test von Kruskal und Wallis (1952) überprüft werden, ob die Rangsummen der drei Stichproben so verschieden sind, daß sie mit 95%iger Sicherheit nicht der gleichen Grundgesamtheit entstammen. Bei signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen wird mit einem verteilungsunabhängigen multiplen Verfahren weitergeprüft (Dunn 1964), wobei jeweils zwei der drei Gruppen miteinander verglichen werden. Da bei diesem Vorgehen drei Tests auf denselben Datenkörper angewendet werden, wird der kritische Wert z für die Irrtumswahrscheinlichkeit der Standardnormalverteilung nach dem Bonferroni-Verfahren (Sachs 1978) unter $\alpha^* = \alpha/p$ entnommen (p = Anzahl der gleichzeitig am Datenkörper durchgeführten Tests, also drei).

Bei starken Verteilungsformunterschieden darf der H-Test nicht eingesetzt werden. Da die Prüfgröße H auch eine Funktion der Wölbung und der Schiefe ist, also nicht lediglich Medianwerte vergleicht, werden mit zunehmenden Verteilungsformunterschieden die Signifikanzschranken unzuverlässig. Bei Vorliegen ungleicher Verteilungsformen wird der H-Test durch den erweiterten Median-Test ersetzt, der weniger Information verwendet. Die Werte der drei Gruppen werden nicht in Ränge umgewandelt, sondern als unterhalb oder oberhalb des gemeinsamen Medians klassifiziert. In jeder Gruppe wird gezählt, wie viele Werte oberhalb und wieviele unterhalb des gemeinsamen Medians liegen. So erhält man eine 3 x 2-Felder-Tafel. Der Test erfordert, daß die Erwartungshäufigkeiten in jeder Zelle nicht zu klein sind (> 1). Die Alternativhypothese lautet, daß nicht alle drei Stichproben einer gemeinsamen Grundgesamtheit entstammen (vgl. Sachs 1978, Siegel 1956). Bei signifikanten Unterschieden wird mit einfachen Median-Tests weitergeprüft.

Die Unterschiede in den Variablen der Bevorzugung von Jungen oder Mädchen als Spielkameraden, der Bewegungsrichtung des Armes beim Werfen und der Gesamtbeurteilung des Eindrucks beim Werfen werden mit χ^2 -Tests verglichen.

4. Ergebnisse

4.1 Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche

Die von den einzelnen Kindern im Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder und Jugendliche (HAPEF) erzielten Werte sind dem Anhang (S. 15 - 16) zu entnehmen.

Den beiden achtjährigen Kindern (einem AGS-Mädchen und einem Jungen) war der Fragebogen aus Altersgründen nicht vorgelegt worden. Von zwei weiteren AGS-Mädchen fehlen die Werte, da ihnen der Fragebogen aus zeitlich-organisatorischen Gründen nicht gegeben werden konnte.

In Abbildung 2 sind die Medianwerte von AGS-Mädchen, Mädchen und Jungen in den Dimensionen des HAPEF graphisch dargestellt. Die Zahlenwerte (mit Streubereichen, Minima und Maxima) zeigt Tabelle A im Anhang S. 17. Unterschiede in den Rangsummen von AGS-Mädchen, Mädchen und Jungen wurden mit dem H-Test von Kruskal und Wallis (1952) überprüft und erwiesen sich in allen Dimensionen als nicht signifikant. Lediglich in der Dimension "Neurotizismus" zeichnete sich die Tendenz ab, daß AGS-Mädchen und Jungen das Merkmal in schwächerer Ausprägung zeigen als gesunde Mädchen ($H = 5,06$, χ^2 -verteilt, $FG = 2$, $p < 0,10$).

Abb. 2: Medianwerte der HAPEF-Skalen für AGS-Mädchen,
Mädchen und Jungen

Zu beachten ist, daß infolge der gewählten Gewichtung
der Antwortstufen *n i e d r i g e* Skalenwerte eine
h o h e Merkmalsausprägung und hohe Werte eine schwache
Ausprägung repräsentieren.

EL: Emotional bedingte
Leistungsstörungen

AS: Initiale Angst/
somatische Beschwerden

AG: Aggression

NE: Neurotizismus

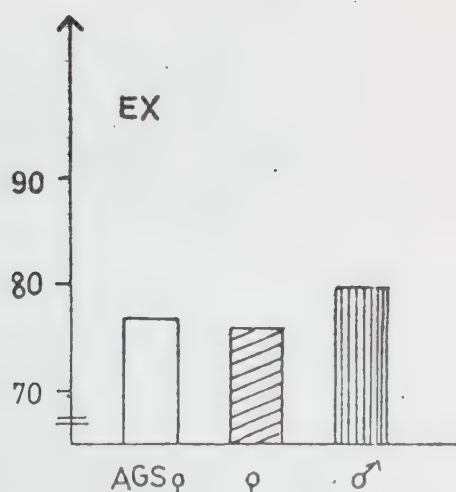
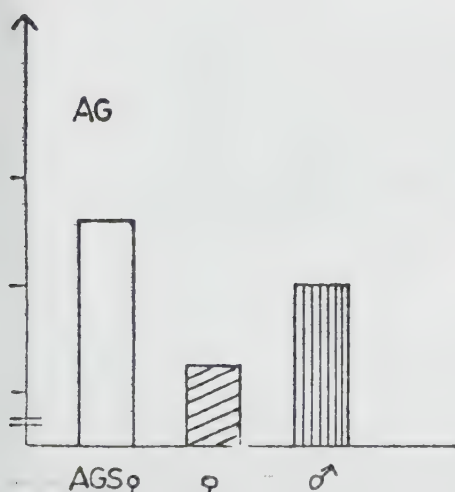
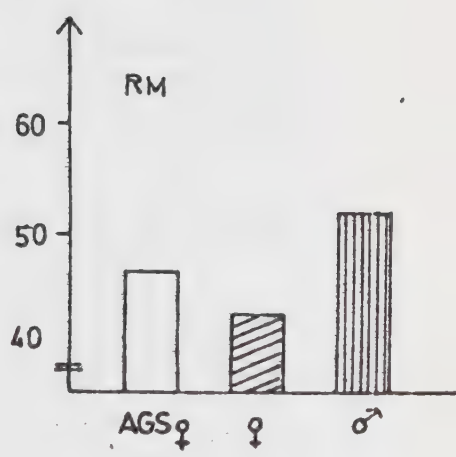
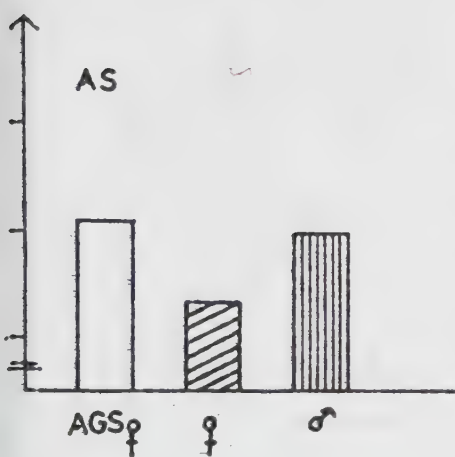
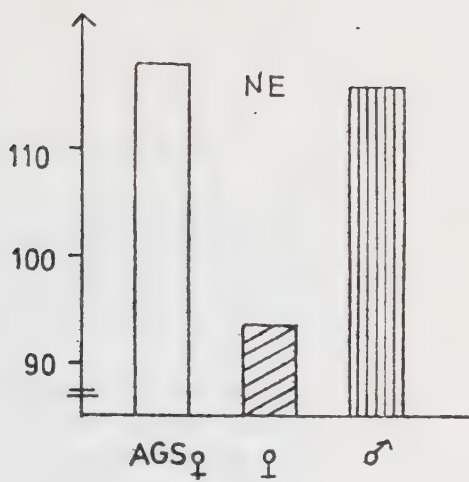
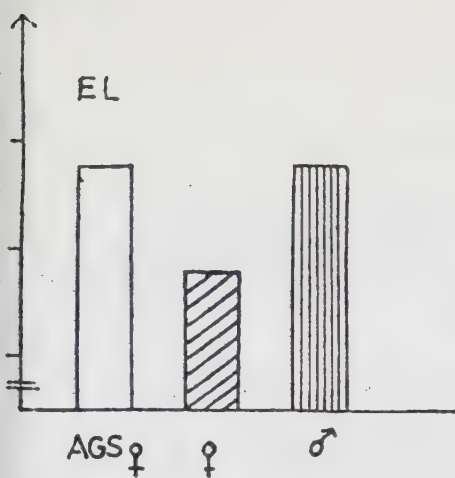
RM: Reaktion auf
Mißerfolg

EX: Extraversion

$$N_{AGS\underset{+}{\square}} = 9$$

$$N_{\underset{+}{\square}} = 12$$

$$N_{\underset{\nearrow}{\square}} = 11$$



4.2 Bevorzugung von Jungen oder Mädchen

Die Werte der einzelnen Kinder sind dem Anhang (S. 18) zu entnehmen. Zwei Kindern (einem AGS-Mädchen und einem Jungen) wurde versehentlich der Antwortbogen nicht vorgelegt und ihre Werte fehlen.

Die meisten AGS-Mädchen, alle gesunden Mädchen und Jungen spielen überwiegend mit Kindern des gleichen Geschlechts. Die Bevorzugung von gleichgeschlechtlichen Freunden scheint bei gesunden Mädchen jedoch schwächer ausgeprägt zu sein als bei Jungen. Während die meisten AGS-Mädchen ausschließlich Mädchen als Freunde nennen, bevorzugen einige auch Jungen als Spielkameraden (vgl. Tab. 8).

Tab. 8: Zahl der Kinder des anderen Geschlechts

	0	1	2	3	4	5
AGS-Mädchen	8	0	0	2	1	0
Mädchen	3	6	3	0	0	0
Jungen	8	2	1	0	0	0

Für jede Gruppe wurde die Zahl der Kinder bestimmt, die überwiegend Freunde des eigenen Geschlechts (drei bis fünf) oder Freunde des anderen Geschlechts (null bis zwei Freunde des eigenen Geschlechts) angeben (vgl. Tab. 9). Nur einige AGS-Mädchen nennen überwiegend Freunde des anderen Geschlechts. Der Unter-

schied zu den gesunden Mädchen bzw. Jungen erwies sich aber als statistisch nicht signifikant

($\chi^2 = 2,9$; Yates-Korrektur; FG = 2 .

Tab. 9: Zahl der Kinder, die Überwiegend Freunde des eigenen Geschlechts (3 - 5) oder Freunde des anderen Geschlechts angeben (0 - 2 Freunde des gleichen Geschlechts)

Freunde des gleichen Geschlechts	AGS- Mädchen			Summe
	Mädchen	Mädchen	Jungen	
0 - 2	8	12	11	31
3 - 5	3	0	0	3
Summe	11	12	11	34

Für jede Gruppe wurde dann die Zahl der Kinder bestimmt, die ausschließlich gleichgeschlechtliche Freunde angeben bzw. die Zahl der Kinder, die auch andersgeschlechtliche Freunde nennen (vgl. Tab. 10). Bei der statistischen Überprüfung ergab sich, daß AGS-Mädchen und Jungen signifikant häufiger ausschließlich gleichgeschlechtliche Freunde nennen als gesunde Mädchen ($\chi^2 = 7,18$; FG = 2; $p < 0,05$).

Tab. 10: Zahl der Kinder, die ausschließlich Freunde des eigenen Geschlechts angeben (5) bzw. Zahl der Kinder, die auch Freunde des anderen Geschlechts nennen (1 - 4 Freunde des eigenen Geschlechts)

Freunde des gleichen Geschlechts	AGS-Mädchen	Mädchen	Jungen	Summe
5	8	3	8	19
1 - 4	3	9	3	15
Summe	11	12	11	34

4.3 Körperhaltung

Die Auftrittshäufigkeiten der Variablen der Körperhaltung bei den einzelnen Versuchspersonen sind dem Anhang (S. 19 - 21) zu entnehmen. Bei Nichtübereinstimmung der Beobachter wurde der Mittelwert herangezogen. Dadurch kommen Kommawerte zustande.

Die Reliabilitäten der Körperhaltungsvariablen zeigt Tab. 11. Die Prozentzahlen sind die über 6 Versuchspersonen und 2 Beobachter (im Stehen) bzw. 5 Versuchspersonen und 3 Beobachter (im Sitzen) berechneten Mittelwerte. Für alle Variablen ergaben sich befriedigende Beobachterübereinstimmungen, die zwischen 82 Prozent und 100 Prozent liegen.

Tab. 11: Beobachterübereinstimmungen bei den Variablen der Körperhaltung

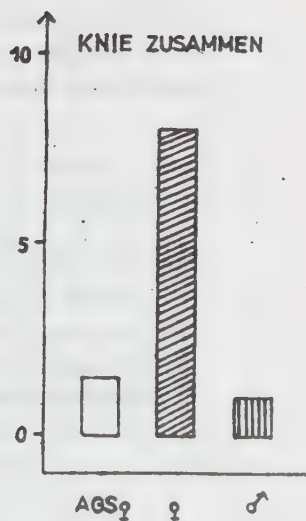
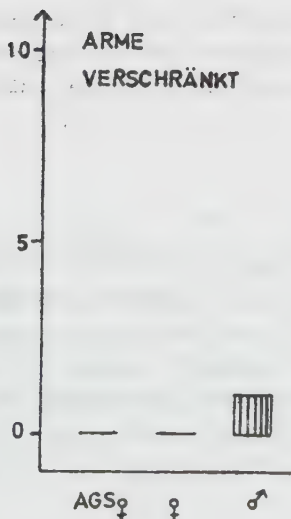
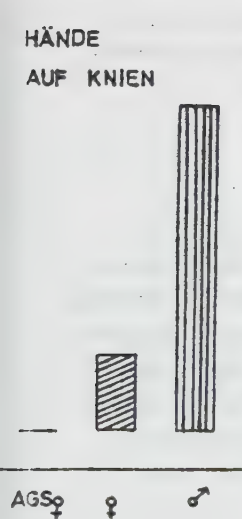
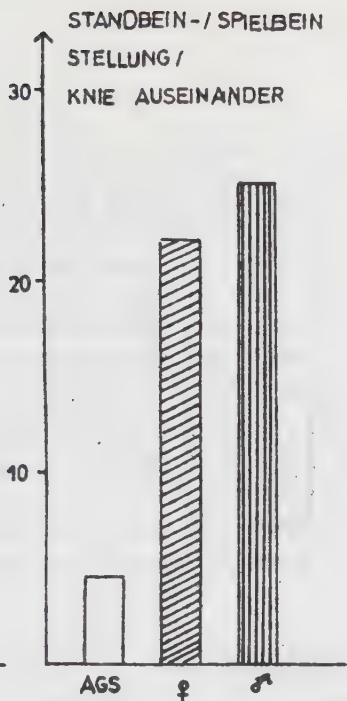
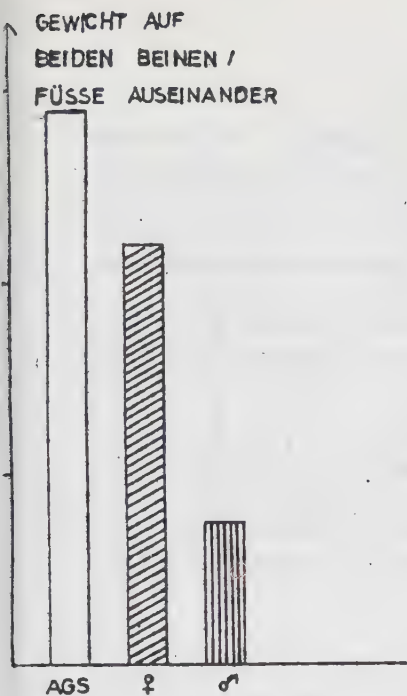
<u>Stehen/Fuß- und Beinhaltung</u>	
Gewicht auf beiden Beinen, Füße auseinander	89,97%
Standbein-/Spielbeinstellung, Knie auseinander	81,98%
<u>Sitzen</u>	
Knie zusammen	91,80%
Hände auf Knien	90,20%
Arme verschränkt	100,00%

Die Mediane der Auftrittshäufigkeiten der registrierten Körperhaltungen für AGS-Mädchen, gesunde Mädchen und Jungen sind in Abb. 3 graphisch dargestellt. (Die Zahlenwerte finden sich in Tab. B im Anhang S. 22).

4.3.1 Stehen/Fuß- und Beinstellung Gewicht auf beiden Beinen/ Füße auseinander

Da Verteilungsunterschiede vorlagen (schmale rechtsgipflige Verteilung bei den Jungen, Normalverteilung bei beiden Gruppen von Mädchen) war der H-Test nicht zulässig und der erweiterte Median-Test wurde gerechnet. Die Anzahl der oberhalb bzw. unterhalb des gemeinsamen Medians (= 16,5) liegenden Auftrittshäufigkeiten für die Fuß- und Beinhaltung im Stehen "Gewicht auf beiden Beinen/Füße auseinander" bei AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen wurde bestimmt (vgl. Tab. 12). Bei der statistischen Überprüfung erwiesen sich die Unterschiede als signifikant ($\chi^2 = 6$; FG = 2; $p < 0,05$). Die weitere Überprüfung mit einfachen Median-Tests ergab signifikante Unterschiede in den Auftrittshäufigkeiten zwischen AGS-Mädchen und Jungen ($\chi^2 = 6$; FG = 2; $p < 0,05$). Zwischen AGS-Mädchen und gesunden Mädchen sowie gesunden Mädchen und Jungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. AGS-Mädchen stehen also signifikant häufiger mit dem Gewicht auf beiden Beinen bei auseinandergestellten Füßen. Die Werte der Mädchen ohne AGS liegen dazwischen.

ABB. 3



Tab. 12: Anzahl der ober- bzw. unterhalb des gemeinsamen Medians (= 16,5) liegenden Auftrittshäufigkeiten für die drei Gruppen

	AGS-Mädchen	Mädchen	Jungen	Summe
< 16,5	3	6	9	18
> 16,5	9	6	3	18
Summe	12	12	12	36

Standbein-/Spielbeinstellung/ Knie auseinander

Da in allen drei Gruppen die gleiche Verteilung gegeben war (Normalverteilung), wurde der H-Test durchgeführt. ($H = 1,85$; χ^2 -verteilt; $FG = 2$; nicht signifikant). AGS-Mädchen, gesunde Mädchen und Jungen unterscheiden sich nicht statistisch bedeutsam in der Häufigkeit der Standbein-/Spielbeinstellung bei geöffneten Knien.

4.3.2 Sitzen Knie zusammen

Die Werte beider Gruppen von Mädchen sind normalverteilt, während bei den Jungen eine schmale linksgipflige Verteilung vorliegt. Der H-Test konnte wegen dieser Verteilungsunterschiede nicht eingesetzt werden. Stattdessen wurde der erweiterte Median-Test durchgeführt. Die Zahl der

oberhalb bzw. unterhalb des gemeinsamen Medians (= 2,5) liegenden Werte wurde für jede Gruppe bestimmt (vgl. Tab. 13). Bei der statistischen Überprüfung zeichnete sich eine Tendenz ab ($\chi^2 = 4,67$; $FG = 2$; $p < 0,10$). Die weitere Überprüfung mit einfachen Median-Tests brachte signifikante Unterschiede zwischen gesunden Mädchen und Jungen in der Auftrittshäufigkeit von "Knie zusammen". ($\chi^2 = 6,18$; $FG = 1$; $p < 0,05$). Gesunde Mädchen halten also beim Sitzen die Knie häufiger geschlossen als Jungen. Die Werte der AGS-Mädchen unterschieden sich weder von denen der gesunden Mädchen noch Jungen signifikant, liegen allerdings näher bei denen der Jungen.

Tab. 13: Anzahl der ober- bzw. unterhalb des gemeinsamen Medians (= 2,5) liegenden Werte für die drei Gruppen

	AGS-Mädchen	Mädchen	Jungen	Summe
< 2,5	7	3	8	18
> 2,5	5	9	4	18
Summe	12	12	12	36

Hände auf Knien

In allen drei Gruppen lag die gleiche Verteilung vor (Normalverteilung), deshalb konnte der H-Test durchgeführt werden ($H = 11,62$; χ^2 -verteilt; $FG = 2$; $p < 0,01$).

Die weitere Überprüfung mit dem Dunn-Test ergab einen signifikanten Unterschied von AGS-Mädchen und Jungen ($z = -3,41$; $p < 0,01$). Gesunde Mädchen und Jungen sowie AGS-Mädchen und gesunde Mädchen unterschieden sich nicht signifikant. Jungen zeigen also die Haltung "Hände auf Knien" beim Sitzen signifikant häufiger als AGS-Mädchen. Gesunde Mädchen verhalten sich etwa wie AGS-Mädchen, wenn auch der Unterschied zu den Jungen sich als statistisch nicht signifikant erwies.

Arme verschränkt

Im Gegensatz zu den Werten der Jungen waren die der AGS-Mädchen und gesunden Mädchen nicht normalverteilt. Es wurde deshalb kein H-Test, sondern ein erweiterter Median-Test durchgeführt. Die Anzahl der ober- bzw. unterhalb des gemeinsamen Medians (= 0) liegenden Werte wurde für jede Gruppe bestimmt (vgl. Tab. 14). Bei der statistischen Überprüfung zeigte sich eine Tendenz, daß Jungen beim Sitzen die Arme häufiger verschränken als beide Gruppen von Mädchen ($\chi^2 = 5,76$; $FG = 2$; $p < 0,10$).

Tab. 14: Zahl der ober- bzw. unterhalb des gemeinsamen Medians (= 0) liegenden Werte für jede Gruppe

	AGS-Mädchen	Mädchen	Jungen	Summe
= 0	10	10	6	26
> 0	2	2	6	10
Summe	12	12	12	36

4.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Körperhaltung

Die Haltung "Gewicht auf beiden Beinen/Füße auseinander" kommt bei AGS-Mädchen häufiger vor als bei Jungen. Gesunde Mädchen verhalten sich etwa wie die AGS-Mädchen, wenn der Unterschied zu den Jungen auch statistisch nicht signifikant ist.

In der Auftrittshäufigkeit der "Standbein-/Spielbeinstellung/Knie auseinander" bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen.

Gesunde Mädchen halten beim Sitzen signifikant häufiger die "Knie zusammen" als Jungen. Die Werte der AGS-Mädchen unterscheiden sich weder von denen der gesunden Mädchen noch Jungen signifikant, liegen aber deutlich näher bei den Werten der Jungen.

AGS-Mädchen zeigen seltener als Jungen die Haltung "Hände auf Knien" beim Sitzen. Gesunde Mädchen verhalten sich etwa wie AGS-Mädchen, wobei der Unterschied zu den Jungen nicht ganz so groß (statistisch nicht signifikant) ist.

Bei Jungen tritt im Sitzen die Haltung "Arme verschränkt" häufiger auf als bei AGS-Mädchen und gesunden Mädchen.

Eine Übersicht über die Unterschiede in der Körperhaltung zwischen AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und gesunden Jungen gibt auch Tab. 15.

Tab. 15: Unterschiede in der Körperhaltung zwischen AGS-Mädchen, Mädchen und Jungen

		AGS-Mädchen vs.Mädchen	AGS-Mädchen vs.Jungen	Mädchen vs.Jungen
Stehen	Gewicht auf beiden Beinen/ Füße aus- einander	n.s.	s (AGS-M.)	n.s.
	Standbein-/Spiel- beinstellung/ Knie auseinander	n.s.	n.s.	n.s.
Sitzen	Knie zusammen	n.s.	n.s.	s. (M.)
	Hände auf Knien	n.s.	s.s.(J.)	n.s.
	Arme verschränkt	n.s.	(s.)(J.)	(s.)(J.)

n.s.: $p > 0,10$

(s.): $p < 0,10$

s. : $p < 0,05$

s.s.: $p < 0,001$

In Klammern ist die Gruppe angegeben, die die jeweils höheren Werte zeigt.

M.: Mädchen

J.: Jungen

4.4 Werfen

Die meisten Kinder warfen von oben nach unten. Lediglich bei den gesunden Mädchen traten einige Würfe von unten nach oben auf (vgl. Tab. 16).

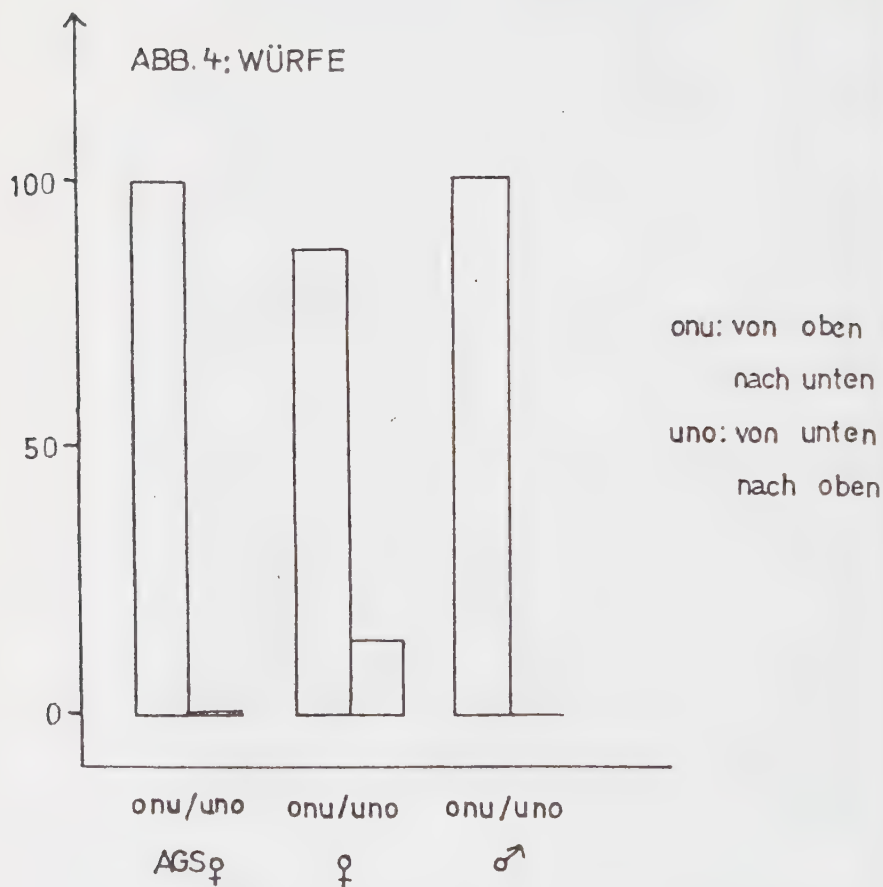
Tab. 16: Anzahl der Würfe in Richtung "von oben nach unten" bzw. "von unten nach oben"

	AGS-Mädchen	Mädchen	Jungen	Summe
von oben nach unten	175	204	206	585
von unten nach oben	1	33	0	34
Summe	176	237	206	619

Die Gesamtzahl der Würfe ermöglicht Aussagen über die Güte des Werfens. Je mehr Würfel ein Kind von der Pyramide herunterwarf, desto länger dauerte es, bis die Pyramide wieder aufgestellt war und desto geringer war die Zahl der Würfe innerhalb der festgelegten Zeit. Die geringste Zahl der Würfe wiesen die AGS-Mädchen auf, gefolgt von den Jungen. Die meisten Würfe hatten die gesunden Mädchen (vgl. Tab. 16). Die AGS-Mädchen warfen also am besten und die gesunden Mädchen am schlechtesten. (Da die Zahl der von der Pyramide heruntergeworfenen Würfel nicht festgehalten wurde, kann über die Güte der Würfe nur eine sehr grobe Aussage gemacht werden).

Für die statistische Prüfung der Gruppenunterschiede in der Bewegungsrichtung des Arms beim Werfen wurde die Gesamtzahl der Würfe innerhalb jeder Gruppe gleich 100 Prozent gesetzt und der Prozentanteil der Würfe in eine bestimmte Richtung berechnet (vgl. Abb. 4 und Tab. C im Anhang S. 23). Die statistische Prüfung ergab signifikante

ABB. 4: WÜRFE



Unterschiede ($\text{Chi}^2 = 14,73$; $\text{FG} = 2$; $p < 0,001$). Gesunde Mädchen werfen signifikant häufiger von unten nach oben als AGS-Mädchen ($\text{Chi}^2 = 13,26$; $\text{FG} = 1$; $p < 0,001$) und Jungen ($\text{Chi}^2 = 14,96$; $\text{FG} = 1$; $p < 0,001$). AGS-Mädchen und Jungen unterschieden sich in der Richtung des Werfens nicht signifikant voneinander.

Die Art des Werfens wurde für jedes Kind als "geziert", "neutral" oder "kraftvoll" eingestuft (Werte für jedes Kind siehe Anhang S. 24 - 26 bzw. aufgeschlüsselt nach Gruppen siehe Tab. 17). Die statistische Überprüfung wies die Unterschiede zwischen den Gruppen als nicht signifikant aus ($\text{Chi}^2 = 5,96$; $\text{FG} = 4$).

Tab. 17: Anzahl der Kinder aufgeschlüsselt nach der Art des Werfens

	AGS-Mädchen	Mädchen	Jungen	Summe
geziert	3	5	0	8
neutral	5	4	6	15
kraftvoll	4	3	6	13
Summe	12	12	12	36

Tab. 18 zeigt zusammenfassend die Unterschiede beim Werfen zwischen AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und gesunden Jungen.

Tab. 18: Unterschiede beim Werfen

	AGS-Mädchen vs. Mädchen	AGS-Mädchen vs. Jungen	Mädchen vs. Jungen
Würfe von oben nach unten	s.s. (M.)	n.s.	s.s. (M.)
Eindruck vom Werfen	n.s.	n.s.	n.s.

s.s.: $p < 0.01$

M.: Mädchen

In Klammern ist die Gruppe angegeben, die die höheren Werte erzielte.

5. Diskussion

Der durchgeführten Untersuchung waren organisatorische Beschränkungen auferlegt. Es war notwendig, eine altersmäßig so inhomogene Stichprobe auszuwählen, da ansonsten bei den AGS-Mädchen kein hinreichend großer Stichprobenumfang erreichbar gewesen wäre. Eine Gruppe von AGS-Jungen oder eine klinische Kontrollgruppe zu untersuchen war nicht möglich.

Die volle Vergleichbarkeit der AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit und dem ländlichen bzw. städtischen Milieu war nicht gegeben. Auch der Altersunterschied von einem halben Jahr zwischen Jungen und Mädchen muß kritisch betrachtet werden, da Jungen in diesem Alter ohnehin weniger weit entwickelt sind als Mädchen.

Die Kinder konnten nicht durch eine Einwegscheibe beobachtet werden. Durch die Videoanlage im Raum waren vielleicht einige Kinder befangen. Eine relativ künstliche Situation entstand auch durch die dem Kind aus aufnahmetechnischen Gründen gegebene Anweisung, an seinem Platz auf die nächste Wurfgelegenheit zu warten. Die Beobachtungszeit von fünf Minuten im Sitzen bzw. zehn Minuten im Stehen erscheint ziemlich kurz. Eine längere Aufnahmedauer war den Kindern jedoch nicht zumutbar.

Interessant wäre es gewesen, einen männlichen Versuchsleiter hinzuzuziehen, da eine Interaktion von Geschlecht der Versuchsperson mit dem Geschlecht des Versuchsleiters nicht auszuschließen ist. Aus organisatorischen Gründen

war es jedoch nicht möglich.

Der Arbeit war unter anderem die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, ob AGS-Mädchen sich im Vergleich zu gesunden Mädchen und Jungen in einem Persönlichkeitsfragebogen anders darstellen. Im HAPEF zeichnete sich lediglich in der Skala "Neurotizismus" eine Tendenz ab, daß AGS-Mädchen und Jungen das Merkmal in geringerer Ausprägung zeigen als gesunde Mädchen. Konstante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in dieser Skala wurden auch bei der Standardisierungsstichprobe des HAPEF ermittelt (Wagner und Baumgärtel 1978). Ab 10 Jahren stellten sich Mädchen als signifikant neurotischer als Jungen dar. Während bei den Jungen die Mittelwerte von den 9 - bis zu den 13-jährigen unverändert blieben, zeigte sich bei den Mädchen ein abrupter Anstieg der Merkmalsausprägung von den 12- zu den 13-jährigen. Die Vermutung liegt nahe, daß sich hier der Einfluß der Pubertät bemerkbar macht. Ob die Pubertät auch dabei eine Rolle spielt, daß sich die AGS-Mädchen unserer Stichprobe als weniger neurotisch darstellten als gesunde Mädchen, kann nicht klar beantwortet werden. Die pubertäre Reife bei den gesunden Mädchen unserer Stichprobe wurde nicht eingeschätzt. Wir können also keine Aussage darüber machen, ob sie schon weiter entwickelt waren als die Mädchen mit AGS. Bei einigen Mädchen mit AGS sind erste Reifezeichen (Behaarung) oft sehr früh feststellbar und auch die Menarche tritt sehr früh ein. Bei anderen kommen Brustentwicklung und Menstruationsblutungen erst wesentlich später in Gang als bei gleichaltrigen gesunden Mädchen. Denkbar ist, daß die Pubertät für AGS-Mädchen eine an-

dere Bedeutung hat als für gesunde Mädchen. Möglicherweise fassen sie die pubertäre Entwicklung stärker als angenehme Bestätigung ihrer Weiblichkeit auf als gesunde Mädchen.

Bei der Standardisierungsstichprobe stellten sich auf der Skala "Neurotizismus" Kinder der Unterschicht als signifikant neurotischer dar als Mittelschicht- oder Oberschichtkinder. Auch bei unserer Stichprobe könnten die Unterschiede in der Schichtzugehörigkeit zu den auf der Skala "Neurotizismus" gefundenen Unterschieden beitragen, da die gesunden Mädchen sich stärker aus der Unterschicht rekrutierten als AGS-Mädchen oder Jungen.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der Bevorzugung männlicher bzw. weiblicher Spielkameraden bei AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und gesunden Jungen. Die Jungen unserer Stichprobe nannten überwiegend andere Jungen als Spielkameraden und die Mädchen andere Mädchen. Die Bevorzugung gleichgeschlechtlicher Freunde war bei Jungen allerdings stärker ausgeprägt als bei Mädchen. Dieses Ergebnis stimmt mit den bisherigen Untersuchungen überein. Immer wurde gefunden, daß Jungen andere Jungen als Spielkameraden bevorzugen (Clark et al. 1969, Blurton-Jones 1967, Blurton-Jones und Konner 1973). Bei den Mädchen waren die Ergebnisse nicht so eindeutig. Es wurde auch gefunden, daß sie mit Jungen und Mädchen im gleichen Ausmaß spielen (Clark et al. 1969, Blurton-Jones und Konner 1973). Buschleute-Mädchen dagegen spielten mehr mit Jungen als mit anderen Mädchen

(Blurton-Jones und Konner 1973). Sie zeigten auch mehr rauhes und wildes Spielen und interagierten vielleicht deshalb bereitwilliger mit Jungen. AGS-Mädchen sollen auch zu rauhem und wildem Spiel neigen. Abgesehen von wenigen Ausnahmen zeigten die AGS-Mädchen unserer Stichprobe jedoch eine ebenso starke Bevorzugung für gleichgeschlechtliche Spielkameraden wie Jungen im Unterschied zu gesunden Mädchen, bei denen die Bevorzugung anderer Mädchen weniger stark ausgeprägt ist. Unter der Voraussetzung, daß sich AGS-Mädchen häufiger als "Tomboys" verhalten als gesunde Mädchen, könnte man annehmen, daß sie auch mehr mit Jungen spielen, wie es von einigen AGS-Mädchen unserer Stichprobe auch beschrieben wird. Jedoch haben die meisten AGS-Mädchen eine ganz starke Präferenz für andere Mädchen als Spielkameraden. Da die Bevorzugung gleichgeschlechtlicher Freunde stark erziehungsabhängig zu sein scheint (Blurton-Jones und Konner 1973), könnte man annehmen, daß Eltern von AGS-Mädchen jungentypische Aktivitäten oder Spiel mit Jungen stärker abwerten oder bestrafen als Eltern von gesunden Mädchen bzw. daß Eltern von AGS-Mädchen mädchentypisches Verhalten stärker aufwerten oder belohnen als Eltern gesunder Mädchen. Das Mädchen übernimmt dann dieses Bekräftigungsmuster für sich selbst. Die sonst übliche höhere Bewertung von jungentypischen Aktivitäten hätte also für AGS-Mädchen keine Gültigkeit. Bei denjenigen AGS-Mädchen, die überwiegend mit Jungen spielen, könnte man vermuten, daß die Eltern es erzieherisch weniger stark beeinflussen oder geschlechtsuntypisches Verhalten von ihm erwarten. Denkbar ist auch, daß bei AGS-Mädchen die Geschlechtsidentität wegen ihrer Anatomie weniger stabil verankert ist und sie daher stärker auf mädchentypisches Rollenverhalten zur Bestätigung ihrer Weiblichkeit angewiesen

sind. Dies würde allerdings früheren Untersuchungen widersprechen.

Das Hauptziel der Arbeit war die Untersuchung der männlichen bzw. weiblichen Körperhaltung bei AGS-Mädchen im Vergleich zu gesunden Mädchen und gesunden Jungen. In vier von fünf Variablen der Körperhaltung wurden Unterschiede zwischen AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen gefunden. AGS-Mädchen und gesunde Mädchen verhielten sich in drei Variablen ähnlich, wobei sich zweimal die AGS-Mädchen und einmal die gesunden Mädchen stärker von den Jungen unterschieden. In der vierten Variablen, in der Geschlechtsunterschiede festgestellt wurden, verhielten sich die AGS-Mädchen eher wie die Jungen (Variable "Knie zusammen beim Sitzen"). Bezüglich der "Männlichkeit" bzw. "Weiblichkeit" der Körperhaltung von AGS-Mädchen ergibt sich also kein einheitliches Bild.

Zieht man auch die von Kraus-Orlitta (1981) an derselben Stichprobe gefundenen Ergebnisse mit heran, so entsteht der Eindruck, daß insgesamt die Unterschiede in der Körperhaltung bei AGS-Mädchen und Jungen stärker sind als die Unterschiede zwischen gesunden Mädchen und Jungen. Bei zwei von sechs untersuchten Körperhaltungen waren Unterschiede zwischen AGS-Mädchen, gesunden Mädchen und Jungen feststellbar. "Hände am Rücken" trat bei Jungen signifikant häufiger auf als bei AGS-Mädchen und "Hände fassen" (vor dem Körper) kam bei AGS-Mädchen signifikant häufiger vor als bei Jungen. Die Werte der gesunden Mädchen lagen jeweils dazwischen, jedoch näher bei den AGS-Mädchen.

Die Körperhaltung von AGS-Mädchen kann damit nicht als "männlich" bezeichnet werden. Im Gegenteil, in einigen Variablen verhielten sie sich besonders "feminin". Nur in einer Variablen ergaben sich Tendenzen zu einer "maskulinen" Körperhaltung.

Beim Werfen zeigte sich eine Abweichung der gesunden Mädchen von AGS-Mädchen und Jungen. Ob hier Unterschiede in der Muskelmasse, oder Schulterbreite, im Verhältnis der Länge von Ober- und Unterarm (vgl. Hutt 1978, Royer 1979) eine Rolle spielen, ist nicht klar. In amerikanischen Untersuchungen ergaben sich auch Zusammenhänge von Geschlechtsrolle und sportlichen Fertigkeiten (z. B. Del Rey 1978; Bates et al. 1979).

AGS-Mädchen verhalten sich in einigen Aspekten ihrer Körperhaltung und -bewegung eher mädchenstypisch, in anderen eher jungentypisch. Damit liegt es nahe, ihr motorisches Geschlechtsrollenverhalten als "androgyn" zu bezeichnen (vgl. Bem 1974; Kaplan 1980).

Der bei Mädchen mit AGS gegebene pränatale Androgenüberschuß determiniert also nicht maskulines Geschlechtsrollenverhalten. Die in den meisten Variablen besonders "feminine" Körperhaltung der AGS-Mädchen weist auf die Bedeutung von Sozialisationsfaktoren hin. Da sich jedoch in wenigen Variablen eine Tendenz zu "maskuliner" Körperhaltung bzw. -bewegung zeigt, kann eine Beeinflussung durch die gegebene hormonelle Einwirkung nicht ausgeschlossen werden.

Daß AGS-Mädchen dazu neigen, beim Sitzen die Knie seltener geschlossen zu halten als gesunde Mädchen, könnte daran liegen, daß sie seltener Röcke tragen als diese. Zur

Untersuchung in der Klinik erschienen jedoch ebensoviele AGS-Mädchen wie gesunde Mädchen in Rücken.

Möglich wäre aber, daß AGS-Mädchen im Alltag häufiger Hosen tragen als gesunde Mädchen und deshalb nicht daran gewöhnt sind, die Beine beim Sitzen geschlossen zu halten. Jedenfalls scheint es bequemer, mit geöffneten als mit geschlossenen Knien zu sitzen.

Die "maskulinen" Armhaltungen ("Hände auf Knien" bzw. "Arme verschränkt") erscheinen dagegen eher als "Imponiergehabe". Vielleicht nehmen AGS-Mädchen bequeme Haltungen ein unabhängig von der Typisierung der Haltung als männlich oder weiblich, zeigen dagegen "Imponiergesten" nicht gehäuft. Die Einstufung der Haltungen als "bequem" bzw. "Imponiergehabe" ist jedoch spekulativ.

Eltern von Mädchen mit AGS beklagen sich häufig über maskulines Verhalten ihrer Töchter. Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß diese in der Wahl ihrer Freunde und der Körperhaltung nicht einfach als "maskulin" bezeichnet werden können, sondern in einigen Variablen besonders "feminin" erscheinen. Damit wird die klinische Erfahrung bestätigt, daß nur in seltenen Ausnahmefällen eine Therapie mit dem Ziel des Abbaus exzessiv maskulinen Verhaltens und Aufbau femininen Verhaltens nötig ist. Meistens erscheint eine Beratung der Eltern wegen ihrer Besorgnis angebracht.

Erstaunlich ist, daß die in der Literatur als männlich beschriebene Variante des Stehens (Gewicht auf beiden Beinen, Füße auseinander) tatsächlich bei Mädchen (und vor allem AGS-Mädchen) häufiger vorkommt. Vielleicht

tritt diese Haltung erst ab dem Jugendalter bei männlichen Personen verstärkt auf. Ein Hinweis auf den Entwicklungsaspekt ist auch, daß bei Erwachsenen als geschlechtstypisch beschriebene Beinstellungen (Übereinandergeschlagene Beine) bei Kindern sehr selten sind.

In der Untersuchung von Kraus-Orlitta (1981) konnten in den meisten der von Rekers, Amaro-Plotkin und Low (1977) und Rekers und Rudy (1978) als geschlechtstypisch erkannten Gesten Geschlechtsunterschiede nicht nachgewiesen werden. Möglicherweise konnten diese amerikanischen Ergebnisse nicht repliziert werden, da eine Kulturabhängigkeit oder Altersabhängigkeit der Gesten vorliegt. Unsere Stichprobe war durchschnittlich älter als die in den amerikanischen Untersuchungen. Rekers, Sanders und Strauss (1979) fanden bei Jugendlichen auch nur geringe Geschlechtsunterschiede in den Gesten. Die Untersuchung von Körpergesten bei Jugendlichen mit Geschlechtsrollen-/identitätsstörungen und der Vergleich zu diesbezüglich unauffälligen Jugendlichen beiderlei Geschlechts wäre eine wichtige Aufgabe.

Die Diagnose einer Geschlechtsrollen-/identitätsstörung erfordert immer einen multidimensionalen Ansatz. In Zusammenhang mit auffälligem Verhalten in anderen Bereichen kann motorisches Geschlechtsrollenverhalten jedoch klinisch relevant sein.

Es stellt sich die Frage, welche Kategorien für die Bestimmung geschlechtstypischer Körperhaltung und -bewegung geeignet sind. Kraus-Orlitta (1981) fand zwar Unterschiede zwischen AGS-Mädchen und gesunden Jungen in der Auftrittshäufigkeit der von Rekers, Amaro-Plotkin und Low (1977) und Rekers und Rudy (1978) definierten

Geste "Hände fassen" und der zusätzlichen Geste "Hände am Rücken". Entgegen den Ergebnissen der Gruppe um Rekers stellte sich jedoch heraus, daß sich gesunde Mädchen und Jungen hinsichtlich dieser Gesten nicht unterscheiden. In der vorliegenden Arbeit wurden Unterschiede zwischen gesunden Mädchen und Jungen für die Haltungen "Knie zusammen" und "Arme verschränkt" gefunden. Ob die genannten Haltungen für die Beobachtung geschlechtstypischer Körperhaltung geeignet sind, könnte durch weitere Untersuchungen an größeren Stichproben gesunder Kinder bzw. Kindern mit Auffälligkeiten im Bereich der Geschlechtsidentität oder -rolle geklärt werden. Vielleicht wäre es für künftige Untersuchungen empfehlenswert, auch Gesten zu beobachten, die sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen auffällig wirken und eher Verhaltensstörungen anzeigen als Geschlechtsrollen.

Der Zusammenhang von motorischen Geschlechterrollenverhalten und Geschlechtsrolleneigenschaften wie sie in Fragebogen erfaßt werden, ist noch unklar. Es gibt Hinweise, daß die in Fragebogen gemessene Androgynie mit größerer Selbstwertschätzung und flexiblerem interpersonellen Verhalten einhergeht (French und Lesser 1964; Bem 1975; Bem et al. 1976; Spence et al. 1975; Bem und Lenney 1976; Nevill 1977; Del Rey 1978). Eine Parallele des motorischen Geschlechtsrollenverhaltens zum Androgynie-Konzept könnte sich aus der Flexibilität des Verhaltens über Situationen oder der Mischung von weiblichen und männlichen Elementen ergeben. In einem sozialen Kontext könnte es situationsangemessener sein sich "maskulin" zu bewegen und in einem anderen "feminin". Ob ein solcher Zusammenhang von "Androgynie des motorischen Geschlechtsrollenverhaltens" und effektivem interpersonellen Ver-

halten besteht, ist noch unklar. Die Beziehung zwischen den auf verschiedene Weisen gemessenen Geschlechtsrollen und der Zusammenhang zu Sozialverhalten wäre eine wichtige Forschungsaufgabe.

L i t e r a t u r

Bakan, D.: The Duality of Human Existence. Chicago: Rand McNally, 1966.

Bakwin, H.: Deviant gender-role behavior in children: Relation to homosexuality. Pediatrics, 1968, 41, 620-629.

Bardwick, J. M.: Psychology of Women. A Study of Bio-Cultural Conflicts. New York: Harper und Row 1971.

Barlow, D. H.: Assessment of sexual behavior. In: A. R. Ciminero, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Hg.): Hand-book of Behavioral Assessment. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1977.

Barlow, D. H., Abel, G. G. und Blanchard, E. B.: Gender identity in transsexuals: an exorcism. Archives of Sexual Behavior, 1977, 6, 387-395.

Barlow, D. H., Abel, G. G. & Blanchard, E. B.: Gender identity change in transsexuals. Follow-up and replications. Archives of General Psychiatry, 1979, 36, 1001-1007.

Barlow, D. H., Hayes, S. C., Nelson, R. O., Steele, D. L., Meeler, E. E. und Mills, J. R.: Sex role motor behavior: a behavioral check list. Behavioral Assessment, 1979, 1, 119-138.

Barlow, D. H., Reynolds, E. J. & Agras, W. S.: Gender identity change in a transsexual. Archives of General Psychiatry, 1973, 28, 569-576.

Bates, J. E., Bentler, P. M.: Play activities of normal and effeminate boys. *Developmental Psychology*, 1973, 9, 20-27.

Bates, J. E., Bentler, P. M. & Thompson, S.: Measurement of deviant gender development in boys. *Child Development*, 1973, 44, 591-598.

Bates, J. E., Bentler, P. M. & Thompson, S. K.: Gender-deviant boys compared with normal and clinical control boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1979, 7, 243-259.

Bates, J. E., Skilbeck, W. M., Smith, K. V. R. & Bentler, P. M.: Gender role abnormalities in boys: An analysis of clinical ratings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1974, 2, 1-16.

Baucom, D. H. & Danker-Brown, P.: Influence of sex roles on the development of learned helplessness. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 1979, 47, 928-936.

Bem, S. L.: The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 155-162.

Bem, S. L.: Sex-role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1975, 31, 634-643.

Bem, S. L.: On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 196-205.

Bem, S. L.: Beyond androgyny: Some presumptuous prescriptions for a liberated sexual identity. In: J. Sherman & F. Denmark, (Hg.): Psychology of Women: Future Directions of Research. New York: Psychological Dimensions, im Druck.

Bem, S. L. & Lenney, E.: Sex typing and the avoidance of cross-sex behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 1976, 33, 48-54.

Bem, S. L., Martyna, W. & Watson, C.: Sex-typing and androgyny: Further explorations of the expressive domain. Journal of Personality and Social Psychology, 1976, 34, 1016-1023.

Bender, L. & Paster, S.: Homosexual trends in children. American Journal of Orthopsychiatry, 1941, 11, 730-743.

Benjamin, H.: The Transsexual Phenomenon. New York: The Julian Press, 1966.

Bentler, P. M.: A typology of transsexualism: Gender identity theory and data. Archives of Sexual Behavior, 1976, 5, 567-584.

Bentler, P. M. & Prince, C.: Psychiatric symptomatology in transvestites. Journal of Clinical Psychology, 1970, 26, 434-435.

Bentler, P. M., Rekers, G. A. & Rosen, A. C.: Congruence of childhood sex-role identity and behaviour disturbances. Child, care, health and development, 1979, 5, 267-283.

Berg, D.: 'Mad, 1978, 72, 25.

Berne, E.: What do you say after you say hello? London: Andre Deutsch Ltd. 1974.

Berzins, J. I., Welling, M. A. & Wetter, R. E.: A new measure of psychological androgyny based on the Personality Research Form. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 46, 126-138.

Bieber, I., Dain, H. J., Dince, P. R., Drellich, M. G., Grand, H. G., Gundlach, R. H., Kremer, M. W., Rifkin, A. H., Wilber, C. B. & Bieber, T. B.: Homosexuality: A psycho-analytic study. New York: Basic Books 1962.

Biller, H. B.: Father, Child and Sex Role: Parental Determinants of Personality Development. Lexington, Massachusetts Heath 1971.

Birdwhistell, R. L.: Kinesics and Context. Philadelphia: University of Pennsylvania Press 1970.

Block, J. H.: Conceptions of sex role. Some cross-cultural and longitudinal perspectives. American Psychologist, 1973, 28, 512-526.

Blurton-Jones, N. G.: An ethological study of some aspects of social behavior of children in nursery school. In: D. Morris (Hg.): Primate Ethology. London: Wiedenfeld und Nicholson 1967.

Blurton-Jones, N. G. und Konner, M. J.: Sex differences in behavior of London and Bushmen children. In: R. P. Michael und J. H. Crook (Hg.): Comparative ecology and behaviour of primates. London: Academic Press 1973, S.689-750.

Bronson, F. H. und Desjardins, C.: Aggression in adult mice: Modification by neonatal injections of gonadal hormones. Science 1968, 161, 705-706.

Brown, D.: Sex role preference in young children. Psychological monographs, 1956, 14 (Whole No. 421).

Brown, D. & Marks, P. A.: Bakan's bi-polar constructs: Agency and communion. The Psychological Record, 1969, 19, 465-478.

Brown, E. V.: Sexual self-identification as reflected in children's drawings when asked to draw a person. Perceptual and Motor Skills, 1979, 49, 35-38.

Carlson, R.: Sex differences in ego functioning. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 37, 267-277.

Chesler, P.: Women and Madness. Garden City, New York: Doubleday 1972.

Clark, A. H., Wyon, S. M. und Richards, M. P. M.: Free-play in nursery school children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1969, 10, 205-216.

Constantinople, A.: Masculinity - femininity: An exception to a famous dictum? Psychological Bulletin, 1973, 80, 389-407.

Davenport, C. W. & Harrison, S. I.: Gender identity change in a female adolescent transsexual. Archives of Sexual Behavior, 1977, 6, 327-341.

Davis, M. und Weitz, S.: Sex differences in nonverbal communication: a Laban analysis. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, September 1978 (a). Zitiert nach Davis, Weitz und Culkin 1980.

Davis, M. und Weitz, S.: Nonverbal sex differences: naive and trained analysis. Paper presented at the National Conference on Body Language. New York City, October 1978 (b). Zitiert nach Davis, Weitz und Culkin 1980.

Davis, M., Weitz, S. und Culkin, J.: Sex differences in movement style: a multivariate analysis of naive and Laban-based ratings. American Journal of Dance Therapy, 1980, 3, 4-11.

Deegener, G.: Zur Behandlung psychosexueller Verhaltensauffälligkeiten bei männlichen Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1980, 8, 150-169.

Del Rey, P.: Apologetics and androgyny: The past and the future. Frontiers 1978, 3, 8-10.

Dewhurst, C. J. & Gordon, R. R.: The Intersexual Disorders. London: Failli Tindall & Cassell 1969.

Dunn, O. J.: Multiple comparisons using rank sums. Technometrics 1964, 6, 241-252. Zitiert nach Sachs 1978.

Ehrhardt, A. A.: Der Einfluß von fötalen Hormonen auf Intelligenz und geschlechtsspezifisches Verhalten. In: E. Duhm (Hg.): Praxis der klinischen Psychologie II, Hogrefe: Göttingen 1971, 94-121.

Ehrhardt, A. A. & Baker, S. W.: Fetal androgens, human nervous system differentiation, and behavior sex differences. In: R. C. Friedman, R. M. Richart, R. L. Vande Wiele & L. O. Stern (Hg.): Sex Differences in Behavior. New York: Wiley 1974, 33-51.

Ehrhardt, A. A., Epstein, R. & Money, J.: Fetal androgens and female gender identity in the early treated adrenogenital syndrome. Johns Hopkins Medical Journal, 1968, 122, 160-167.

Ehrhardt, A. A., Evers, K. & Money, J.: Influence of androgen and some aspects of sexually dimorphic behavior in women with the late-treated adrenogenital syndrome. Johns Hopkins Medical Journal, 1968, 123, 115-122.

Ehrhardt, A. A., Grisanti, G. und McCauley, E. A.: Female-to-male transsexuals compared to lesbians. Behavioral patterns of childhood and adolescent development. Archives of Sexual Behavior 1979, 8, 481-490.

Ehrhardt, A. A. & Money, J.: Progestin-induced hermaphroditism: IQ and psychosexual identity in a study of ten girls. Journal of Sex Research, 1967, 3, 83-100.

Evans, R. B.: Childhood parental relationships of homosexual men. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1969, 33, 129-135.

Fahrenberg, J., Selg, H. & Hampel, R.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Göttingen: Hogrefe 1970.

Fling, S. & Manosevitz, M.: Sex typing in nursery children's play interests. *Developmental Psychology*, 1972, 7, 146-152.

French, E. & Lesser, G. S.: Some characteristics of the achievement motive in women. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 68, 119-128.

Frzsche, M.: Vergleichende Betrachtung männlicher und weiblicher Transvestiten. Dissertation. München 1970.

Gorski, R. A.: Influence of age on the response to perinatal administration of a low dose of androgen. *Endocrinology*, 1968, 82, 1001-1004.

Gough, H. G.: *Manual for the California Personality Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists' Press 1957.

Goy, R. W.: Organizing effects of androgens on the behavior of rhesus monkeys. In: R. Michael (Hg.): *Endocrinology and human behavior*. London: Oxford University Press 1968, S.12-31.

Goy, R. W., Bridson, W. E. und Young, W. C.: Period of maximal susceptibility of the prenatal female guinea pig to masculinizing actions of testosterone propionate. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1964, 57, 166-174.

Goy, R. W. und Phoenix, C. H.: The effects of testosterone propionate administered before birth on the development of behavior in genetic female rhesus monkeys. In: C. Sayer und R. Gorski (Hg.): *Steroid hormones and brain function*. Berkeley: University of California Press 1972.

Green, R.: Sissies and tomboys: A guide to diagnosis and management. In: C. W. Wahl (Hg.): Sexual Problems: Diagnosis and Treatment in Medical Practice. New York: The Free Press, 1967, 89-114.

Green, R.: Parent and activity Preference Test. Copyright 1971, Richard Green, M. D.

Green, R.: Sexual Identity Conflict in Children and Adults. Baltimore: Penguin Books 1974.

Green, R.: One-hundred ten feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. Archives of Sexual Behavior, 1976, 5, 425-446.

Green, R.: Intervention and prevention: The child with cross-sex identity. In: C. B. Qualls, J. B. Wincze, & D. H. Barlow (Hg.): The Prevention of Sexual Disorders. Issues and Approaches. New York/London: Plenum Press 1978.

Green, R.: Childhood cross-gender behavior and subsequent sexual preference. American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 106-108.

Green, R. & Money, J.: Effeminacy in prepubertal boys: Summary of eleven cases and recommendations for case management. Pediatrics, 1961, 27, 286-291.

Green, R. & Money, J.: Transsexualism and Sex Reassignment. Baltimore: Johns Hopkins 1969.

Halle, E., Schmidt, C. W., Meyer, J. K.: The role of grandmothers in transsexualism. American Journal of Psychiatry, 1980, 137, 497-498.

Hanaway, T. P. & Burghardt, G. M.: The development of sexually dimorphic book-carrying behavior. Bulletin of the Psychonomic Society, 1976, 7, 267-270.

Hartley, R. E.: Sex-role pressures and the socialization of the male child. Psychological Reports, 1959, 5, 457-468.

Harrington, C. C.: Errors in sex-role behavior in teenage boys. New York: Teachers College Press 1970. Zitiert nach Rekers 1977.

Hayes, S. C., Nelson, R. O., Steele, D., Meeler, M. und Barlow, D. H.: The development of gender specific motor behavior. Symposium presentation, 11th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, December 1977. Zitiert nach Barlow, D. H. et al. 1979.

Heilbrun, A. B.: Measurement of masculine and feminine sex role identities as independent dimensions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1976, 44, 183-190.

Hewes, G. W.: The anthropology of posture. Scientific American, 1957, 196, 123-132.

Holemon, E. R. & Winokur, G.: Effeminate homosexuality: A disease of childhood. American Journal of Orthopsychiatry, 1965, 35, 48-56.

Hogan, H. W.: German and American Responses to the Bem Sex Role Inventory. Journal of Social Psychology, 1979, 109, 141-142.

- Horrocks, J. E. & Jackson, D. W.: Self and role: A theory of self-process and role behavior. Boston: Houghton Mifflin 1972.
- Hunt, D. und Hampson, J. L.: Follow-up of 17 biologic male transsexuals after sex-reassignment surgery. American Journal of Psychiatry 1980, 137, 432-438.
- Hutt, C.: Biological bases of psychological sex differences. American Journal of Diseases of Children, 1978, 132, 170-177.
- Jenkin, N. & Vroegh, K.: Contemporary concepts of masculinity and femininity. Psychological Reports, 1969, 25, 679-697.
- Jenni, M. A.: Sex differences in carrying behavior. Perceptual and Motor Skills, 1976, 43, 323-330.
- Jenni, D. A. & Jenni, M. A.: Carrying behavior in humans: Analysis of sex differences. Science, 1976, 194, 859-860.
- Jost, A.: Die pränatale geschlechtliche Entwicklung. In: E. Sullerot (Hg.): Die Wirklichkeit der Frau. München: Steinhausen 1979, S. 100-108.
- Kagan, J.: Acquisition and significance of sex-typing and identity. In: M. L. Hoffmann & L. W. Hoffmann: Review of Child Development Research. New York: Russell Sage Foundation 1964.
- Kaplan, A. G.: Human sex-hormone abnormalities viewed from an androgynous perspective: a reconsideration of the work of John Money. In: J. E. Parsons (Hg.): The Psychobiology of Sex Differences and Sex Roles. Washington/New York/London: Hemisphere Publishing Corporation 1980, 81-91.

Keller, H.: Männlichkeit - Weiblichkeit. In: G. Rudinger (Hg.): Praxis der Sozialpsychologie. Bd. 8. Steinkopff-Verlag: Darmstadt 1978.

Kelly, J. A. & Worell, J.: New formulations of sex roles and androgyny: A critical review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1977, 45, 1101-1115.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. & Martin, E. E.: Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: W. B. Saunders Co. 1948.

Klein, A. R. & Bates, J. E.: Gender typing of game choices and qualities of boys' play behavior. Journal of Abnormal Child Psychology, 1980, 8, 201-212.

Kleining, G. und Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung (SSE). Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1968, 20.

Knörr, D.: Intersexualität im Kindesalter. Medizinische Klinik, 1974, 69, 1779-1790.

Knorr, D.: Störungen der sexuellen Differenzierung. Internist, 1979, 20, 85-94.

Knorr, D.: Erkrankungen der endokrinen Drüsen. In: W. Keller und A. Wiskott: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Stuttgart: Thieme 1977 .

Kolodny, R. C.: Ethical issues in the prevention of sexual problems. In: C. B. Qualls, J. P. Wincze & D. H. Barlow: The Prevention of Sexual Disorders. New York: Plenum Press 1978, 183-196.

Kohlberg, L. A.: Cognitive developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In: E. E. Maccoby (Hg.): The Development of Sex Differences. Stanford: Stanford University Press 1966.

Kraus-Orlitta, U.: Körpergesten bei Mädchen mit dem kongenitalen adrenogenitalen Syndrom. Diplomarbeit zur Diplomprüfung in der Psychologie an der Universität München 1981.

Kruskal, W. H. und Wallis, W. A.: Use of ranks in one criterion variance analysis. Journal of the American Statistical Association 1952, 47, 583-621.

Lansky, L. M.: The family structure also affects the model: Sex-role attitudes in parents of preschool children. Merrill-Palmer-Quarterly, 1967, 13, 139-150.

Lebovitz, P. S.: Feminine behavior in boys: Aspects of its outcome. American Journal of Psychiatry, 1972, 128, 1283-1289.

Lev-Ran, A.: Sexuality and educational levels of women with the late-treated adrenogenital syndrome. Archives of Sexual Behavior, 1974a, 3, 27-32.

Lev-Ran, A.: Gender role differentiation in hermaphrodites. Archives of Sexual Behavior, 1974b, 3, 391-424.

Lewis, V. G., Ehrhardt, A. A. & Money, J.: Genital operations in girls with the adrenogenital syndrome. Subsequent psychological development. Obstetrics and Gynecology, 1970, 36, 11-15.

Lewis, V. G. & Money, J.: Adrenogenital syndrome: The need for early surgical feminization in girls. In: P. A. Lee, L. P. Plotnick, A. A. Kowarski & C. J. Migeon: Congenital Adrenal Hyperplasia, Baltimore: University Park Press 1977, 463-466.

Lynn, D. B.: Parental and Sex-Role Identification: A Theoretical Formulation. Berkely, California: McCutchan 1969.

Maccoby, E. E. & Jacklin, C. N.: The psychology of sex differences. Stanford: Stanford University Press 1974.

Machover, K.: Personality projection on the drawing of the human figure. Springfield 1949.

Mattheis, M.: Die Frustrations-Aggressions-Hypothese bei Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom (AGS). Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1980, 8, 314-322.

Mattheis, M. & Förster, C.: Zur psychosexuellen Entwicklung von Mädchen mit adrenogenitalem Syndrom. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1980, 8, 5-17.

McCauley, E. A. und Ehrhardt, A. A.: Role expectations and definitions: A comparison of female transsexuals and lesbians. Journal of Homosexuality, 1977, 3, 137-147.

McGuire, L. S., Ryan, K. O. & Omenn, G. S.: Congenital adrenal hyperplasia. II. Cognitive and behavioral studies. Behavior Genetics, 1975, 5, 175-188.

Mehrabian, A.: Nonverbal Communication. Chicago Aldine-Atherton, 1972.

Meyer, J. K. und Reter, D. J.: Sex-reassignment - Follow-up. Archives of General Psychiatry, 1979, 36, 1010-1015.

Michael, R. P.: Neuroendocrine factors regulating primate behavior. In: L. Martini und F. Ganong (Hg.): Neuroendocrinology. New York 1971, S. 359-398.

Michael, G. & Willis, F. N.: The development of gestures as a function of social class, educational level and sex. Psychological Record, 1968, 18, 515-519.

Money, J. (Hg.): Sex Research: New Developments. New York: Holt, Rinehart und Winston 1965.

Money, J.: Sex Errors of the Body. Baltimore, John Hopkins University Press, 1968.

Deutsch: Körperlich-sexuelle Fehlentwicklungen. Reinbek bei Hamburg, Rowolth Taschenbuch Verlag, 1969.

Money, J.: Gender role, gender identity, core gender identity: Usage and definition of terms. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 1973, 1, 397-403.

Money, J. und Daléry, J.: Iatrogenic homosexuality. Journal of Homosexuality, 1976, 1, 357-371.

Money, J. und Ehrhardt, A. A.: Fetal hormones and the brain: Effect of sexual dimorphism on behavior. A review Archives of Sexual Behavior, 1971, 1, 241-262.

Money, J. & Ehrhardt, A. A.: Man and Woman, Boy and Girl: The Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity. Baltimore Johns Hopkins University Press, 1972.

Deutsch: Männlich-Weiblich. Reinbek bei Hamburg, Rowolth Taschenbuch Verlag, 1975.

Money, J., Hampson, J. & Hampson, J.: An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 1955, 97, 301-319.

Money, J. & Primrose, C.: Sexual dimorphism and dissociation in the psychology of male transsexuals. Journal of Nervous and Mental Disease, 1968, 147, 472-486.

Money, J. & Schwartz, M.: Fetal androgens in the early treated adrenogenital syndrome of 46XX hermaphroditism: Influence on assertive and aggressive types of behavior. Aggressive Behavior, 1976, 2, 19-30.

Money, J. & Schwartz, M.: Dating, romantic and nonromantic friendships and sexuality in 17 early-treated adrenogenital females, aged 16-25. In: P. A. Lee, L. P. Plotnick, A. A. Kowarski & C. J. Migeon: Congenital Adrenal Hyperplasia. Baltimore, University Park Press 1977, 419-432.

Money, J. & Tucker, P.: Sexual Signatures. Little, Brown & Co., Boston & Toronto, 1975.

Morris, J.: Conundrum. New York: Harcourt Brace Jovanovich 1974.

Mussen, P. H.: Early sex role development. In: D. A. Goslin (Hg.): Handbook of Socialization Theory and Research. Chicago: Rand-McNally 1969.

Nevill, D.: Sex-roles and personality correlates. Human Relations, 1977, 30, 751-759.

Nickerson, E., O'Laughlin, K. und Hirschman, L.: Learned helplessness and depression in women or how to be a woman without being depressed. International Journal of Women's Studies, 1979, 2, 340-348.

Nixon, E.: Royal Spy: The Strange Case of the Chevalier d'Eon. New York: Reynal 1965.

Nordyke, N. S., Boer, D. M., Etzel, B. C. und Leblanc, J. M.: Implications of the stereotyping and modification of sex role. Journal of Applied Behavior Analysis, 1977, 10, 553-557.

Parlee, M. B.: Biological bases of gender identity. Their implications for the real world. Contemporary Psychology, 1976, 21, 335-336.

Parsons, T. & Bales, R. F.: Family Socialization and Interaction Process. Glencoe: Free Press 1955.

Pauly, I.: Male psychosexual inversion. Transsexualism: A review of 100 cases. Archives of General Psychiatry, 1965, 13, 172-181.

Pauly, I.: Adult manifestations of male transsexualism. In: R. Green & J. Money (Hg.): Transsexualism and sex reassignment. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1969.

Pauly, I. B.: Female transsexualism. Archives of Sexual Behavior, 1974, 3, 487-525.

Perry, D. G. und Bussy, K.: The social learning theory of sex differences. Imitation is alive and well. Journal of Personality and Social Psychology, 1979, 37, 1699-1712.

Prader, A.: Der Genitalbefund beim Pseudohermaphroditismus femininus des kongenitalen adrenogenitalen Syndroms. Helvetia Paediatrica Acta, 1954, 9, 231-248.

Prader, A.: Die Häufigkeit des kongenitalen adrenogenitalen Syndroms. Helvetia Paediatrica Acta, 1958, 14, 426.

Prince, C. V. & Bentler, P. M.: A survey of 504 cases of transvestism. Psychological Reports, 1972, 31, 903-917.

Quadagno, D. M., Briscoe, R. und Quadagno, J. S.: Effect of perinatal gonadal hormones on selected nonsexual behavior patterns: A critical assessment of the nonhuman and human literature. Psychological Bulletin, 1977, 84, 62-80.

Qualls, C. B.: The prevention of sexual disorders: an overview. In: C. B. Qualls, J. P. Wincze & D. H. Barlow. The Prevention of Sexual Disorders. New York: Plenum Press, 1978, 1-42.

Qualls, C. B., Wincze, J. P. & Barlow, D. H. (Hg.): The Prevention of Sexual Disorders: Issues and Approaches. New York: Plenum Press 1978.

Reinisch, J. M.: Fetal hormones, the brain, and human sex differences: A heuristic, integrative review of the recent literature. Archives of Sexual Behavior, 1974, 3, 51-90.

Reinisch, J. M.: Effects of prenatal hormone exposure on physical and psychological development in humans and animals: with a note on the state of the field. In: E. J. Sachar (Hg.): Hormones, Behavior, and Psychopathology. New York: Raven 1976, 69-94.

Rekers, G. A.: Stimulus control over sex-typed play in cross-gender identified boys. Journal of Experimental Child Psychology, 1975, 20, 136-148.

Rekers, G. A.: Assessment and treatment of childhood gender problems. In Lahey, B. B. & Kazdin, A. E.: Advances in Clinical Child Psychology. New York/London: Plenum Press 1977, S. 268-306.(a)

Rekers, G. A.: Atypical gender development and psychosocial adjustment. Journal of Applied Behavior Analysis, 1977, 10, 559-571.(b)

Rekers, G. A.: Psychosexual and gender problems. In Mash, E. & Terdal, L. (Hg.): Behavioral Assessment of Childhood Disorders. The Guilford Press: New York 1979.(a)

Rekers, G. A.: Sex-role behavior change: Intrasubject studies of boyhood gender disturbances. Journal of Psychology, 1979, 103, 255-269.(b)

Rekers, G. A., Amaro-Plotkin, S. & Low, B. P.: Sex-typed mannerisms in normal girls and boys as a function of age. Child Development, 1977, 48, 275-278.

Rekers, G. A., Bentler, P. M., Rosen, A. C. & Lovaas, O. I.: Child gender disturbances: A clinical rationale for intervention. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1977, 14, 2-11.

Rekers, G. A., Crandall, B. F., Rosen, A. C. & Bentler, P. M.: Genetic and physical studies of male children with psychological gender disturbances. *Psychological Medicine*, im Druck.

Rekers, G. A. & Lovaas, O. I.: Behavioral treatment of deviant sex-role behaviors in a male child. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1974, 7, 173-190.

Rekers, G. A., Lovaas, O. I. & Low, B.: The behavioral treatment of a "transsexual" preadolescent boy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1974, 2, 99-116.

Rekers, G. A. & Mead, S.: Human sex differences in carrying behaviors: A replication and extension. *Perceptual and Motor Skills*, 1978, 48, 635-626.

Rekers, G. A. & Mead, S.: Early intervention for female sexual identity disturbance: Self-monitoring of play behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1979.

Rekers, G. A. und Mead, S.: Female sex-role deviance: Early identification and developmental intervention. *Journal of Clinical Child Psychology*, im Druck.

Rekers, G. A., Rosen, A. C., Lovaas, O. I. & Bentler, P. M.: Sex-role stereotypy and professional intervention for childhood gender disturbances. *Professional Psychology*, 1978, 9, 127-136.

Rekers, G. A. & Rudy, J. P.: Differentiation of childhood body gestures. *Perceptual and Motor Skills*, 1978, 46, 839-845.

Rekers, G. A., Sanders, J. A. & Strauss, C. C.: Developmental differentiation of adolescent body gestures, im Druck.

Rekers, G. A. & Varni, J. W.: Self-monitoring and self-reinforcement processes in a pre-transsexual boy. *Behavior Research and Therapy*, 1977, 15, 177-180.

Rekers, G. A., Willis, T. J., Yates, C. E., Rosen, A. C. & Low, B. B.: Assessment of childhood gender behavior change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1977, 18, 53-65.

Rekers, G. A., Yates, C. E., Willis, T. J., Rosen, A. C. & Taubman, M.: Childhood gender identity change. Operant control over sex-typed play and mannerisms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1976, 7, 51-57.

Restak, R. M.: Sex-change conspiracy. *Psychology Today*, 1979, 13, 20-25.

Rogers, L.: Male hormones and behavior. In: B. Lloyd und J. Archer (Hg.): *Exploring Sex Differences*. London: Academic Press 1976, S.157-184.

Rosen, A. C., Rekers, G. A. & Friar, L. R.: Theoretical and diagnostic issues in child gender disturbances. *Journal of Sex Research*, 1977, 13, 89-103.

Rosen, A. C. & Rekers, G. A.: Toward a taxonomy of sex and gender. Genetic Psychology Monographs, im Druck.

Rosenberg, B. G. & Sutton-Smith, B.: A revised conception of masculine-feminine differences in play activities. Journal of Genetic Psychology, 1960, 96, 165-170.

Rosenberg, B. G. und Sutton-Smith, B.: The measurement of masculinity and femininity in children: An extension and revalidation. Journal of Genetic Psychology, 1964, 104, 259-264.

Royer, P.: Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern während der Zeit der Kindheit und der pubertären Entwicklung. In: E. Sullerot (Hg.): Die Wirklichkeit der Frau. München: Steinhausen 1979, S. 116-128.

Sachs, L.: Angewandte Statistik. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1978⁵.

Saghir, M. & Robins, E.: Male and Female Homosexuality. Baltimore: Williams and Wilkins 1973.

Saltzman Chafetz, J. S.: Masculine/Feminine or Human? Itasca: Peacock 1974.

Siegel, S.: Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences. New York: McGraw-Hill 1956.

Sigus, V., Meyenburg, B. und Reiche, R.: Transsexualität. In: V. Sigus (Hg.): Sexualität und Medizin. Köln: Kiepenheuer und Witsch 1979.

Simon, R.: A case of female transsexualism. American Journal of Psychiatry, 1967, 123, 1598-1601.

Slaby, R. G. & Frey, K. S.: Development of gender constancy and selective attention to same-sex models. Child Development, 1975, 47, 849-856.

Spence, J. T. und Helmreich, R. L.: Masculinity & Femininity. Their Psychological Dimensions, Correlates & Antecedents. Austin und London: University of Texas Press 1979.

Spence, J. T., Helmreich, R. & Stapp, J.: Rating of self and peers on sex-role attributes and their relation to self-esteem and conceptions of masculinity and femininity. Journal of Personality and Social Psychology, 1975, 32, 29-39.

Schoen, S.: Sex roles and sex role behavior. An investigation of the relationship between sex-typing and gender specific motor behavior. Dissertation, Brown University 1978. Zitiert nach Barlow, Hayes, Nelson, Steele, Meeler und Mills 1979.

Spottswood, P. J. & Burghardt, G. M.: The effects of sex, book weight, and grip strength on book-carrying styles. Bulletin of the Psychonomic Society, 1976, 8, 150-152.

Stoller, R. J.: Passing in the continuum of gender identity. In: J. Marmor (Hg.) Sexual Inversion: The Multiple Roots of Homosexuality. New York: Basic Books 1965.

Stoller, R. J.: Male childhood transsexualism. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 1968, 7, 193-209.

(a)

Stoller, R. J.: Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity. New York: Science House, 1968.
(b)

Strassberg, D. S., Roback, H., Cunningham, J., McKee, E. und Larson, P.: Psychopathology in self-identified female-to-male transsexuals, homosexuals and heterosexuals. Archives of Sexual Behavior, 1979, 8, 491-496.

Trautner, H. M.: Psychologische Theorien der Geschlechtsrollenentwicklung. In: A. Degenhardt und H. M. Trautner (Hg.): Geschlechtstypisches Verhalten. Mann und Frau in psychologischer Sicht. München: C. H. Beck 1979, S.50-84.

Vogel, S., Volland, E. und Winter, M.: Geschlechtstypische Verhaltensentwicklung bei nichtmenschlichen Primaten. In: A. Degenhardt und H. M. Trautner (Hg.): Geschlechtstypisches Verhalten. Mann und Frau in psychologischer Sicht. München: C. H. Beck 1979, S. 145-181.

Vogt, G. H.: Five cases of transsexualism in females. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1968, 44, 62-88.

Wagner, H. und Baumgärtel, F.: Hamburger Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (HAPEF-K). Göttingen: Hogrefe 1978.

Walinder, J.: Transsexualism. A study of forty-three cases. Goteborg: Scandinavian University Books 1967.

Weitz, S.: Sex differences in nonverbal communication. Sex Roles, 1976, 2, 175-184.

Wellner, U. und Brodda, K.: Zur Biologie der Geschlechtsdifferenzierung. In: H. Keller (Hg.): Geschlechtsunterschiede. Weinheim und Basel: Beltz 1979, S. 93-126.

Wex, M.: "Weibliche" und "männliche" Körpersprache als Folge patriarchalischer Machtverhältnisse. Hamburg: Verlag Marianne Wex 1979.

Wickler, W.: Socio-sexual signals and their intraspecific imitation among primates. In: P. Morris (Hg.) Primate Ethology. New York Doubleday, 1969, 69-147.

Winkler, R. C.: What types of sex-role behavior should behavior modification promote? Journal of Applied Behavior Analysis, 1977, 10, 549-552.

Whitam, F. L.: Childhood indicators of male homosexuality. Archives of Sexual Behavior, 1977, 6, 89-96.

Witelson, S. F.: Sex and the single hemisphere: Specialization of the right hemisphere for special processing. Science, 1976, 193, 425-427.

Wolfe, B. E.: Behavior modification of childhood gender disorders. Behavior Modification, 1979, 3, 550.

Young, W. C., Goy, R. W. und Phoenix, C. H.: Hormones and sexual behavior. Science 1964, 143, 212-218.

Zuger, B.: Effeminate behavior present in boys from early childhood: I. The clinical syndrome and follow-up studies. Journal of Pediatrics, 1966, 69, 1098-1107.

Zuger, B.: The role of familial factors in persistent effeminate behavior in boys. American Journal of Psychiatry, 1970, 126, 1167-1170.

Zuger, B.: Effeminate behavior present in boys from early childhood: Ten additional years of follow-up. Comprehensive Psychiatry, 1978, 19, 363-369.

Zuger, B. & Taylor, P.: Effeminate behavior present in boys from early childhood: II. Comparison with similar symptoms in non- effeminate boys. Pediatrics, 1969, 44, 375-380.

ANHANG

Beschreibung der Versuchspersonen

AGS-Mädchen

Vp-Nr.	Alter	Schicht	Schule	Wohnortgröße	Geschwister
1	13;4	OM	Gym.	50.001- 100.000	1 jüngerer Bruder
2	14;1	UM	Gym.	über 100.000	keine
3	12;0	UM	HS	bis 1000	keine
4	10;10	UU	HS	bis 1000	5 ältere Brüder, 1 ältere Schwester
5	13;1	UM	RS	50.001- 100.000	keine
6	12;4	UM	Gym.	5001- 10.000	2 ältere Brüder
7	9;10	MM	GS	10.001- 50.000	2 ältere Brüder
8	11;8	UM	HS	5001- 10.000	3 ältere Brüder
9	11;11	OU	Gym.	10.001- 50.000	1 jüngere Schwester, 1 ältere Schwester
10	11;3	UM	HS	bis 1000	1 jüngerer Bruder, 1 jüngere Schwester
11	8;9	OM	GS	50.001- 100.000	keine
12	12;5	UM	HS	5001- 10.000	1 jüngerer Bruder

Mädchen

Vp-Nr.	Alter	Schicht	Schule	Wohnortgröße	Geschwister
13	10;6	OU	HS	über 100.000	1 älterer Bruder
14	12;0	OU	HS	über 100.000	2 jüngere Schwestern
15	11;9	UM	HS	über 100.000	1 älterer Bruder, 1 ältere Schwester
16	11;4	UM	HS	über 100.000	keine
17	9;0	OU	GS	über 100.000	1 älterer Bruder, 1 ältere Schwester
18	12;4	UM	HS	über 100.000	1 jüngere Schwester
19	13;2	UM	HS	über 100.000	1 älterer Bruder, 1 ältere Schwester
20	12;3	OM	Gym.	über 100.000	3 ältere Schwestern
21	12;1	UM	Gym.	über 100.000	1 älterer Bruder, 2 ältere Schwestern
22	11;0	LM	HS	5001- 10.000	2 ältere Brüder
23	11;6	UM	HS	1001- 5000	2 ältere Brüder, 1 ältere Schwester, 1 jüngere Schwester
24	13;2	OU	HS	über 100.000	1 älterer Bruder, 1 jüngere Schwester

Jungen

Vp-Nr.	Alter	Schicht	Schule	Wohnortgröße	Geschwister
25	12;2	MM	HS	über 100.000	keine
26	11;10	UM	HS	1001- 5000	1 älterer Bruder 2 ältere Schwestern
27	9;11	UM	GS	über 100.000	1 jüngere Schwester
28	10;1	MM	GS	über 100.000	1 ältere Schwester
29	10;2	UU	GS	über 100.000	1 älterer Bruder
30	12;11	MM	HS	über 100.000	keine
31	13;10	OM	Gym.	über 100.000	1 jüngerer Bruder, 1 jüngere Schwester
32	10;3	OU	HS	über 100.000	keine
33	12;3	OM	Gym.	1001- 5000	1 jüngerer Bruder
34	12;3	UM	Gym.	1001- 5000	1 ältere Schwester
35	8;3	OM	GS	1001- 5000	1 älterer Bruder
36	10;0	OM	GS	bis 1000	1 ältere Schwester 1 jüngerer Bruder 1 jüngere Schwester

HAPEF-K

Teil 1

von

Harald Wagner und Frank Baumgärtel

herausgegeben von

Prof. Dr. P. R. Hofstätter

Datum: ____ I ____ I ____ Geburtsdatum: ____ I ____ I ____ Klasse: ____

Vaters: ____

Mutter: ____

Älteren Geschwister: ____ Zahl der jüngeren Geschwister: ____

Sonderschule ☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Gesamtschule ☐

ung:

1	2	3	4	5	6

PR: ____

1	2	3	4	5	6

PR: ____

1	2	3	4	5	6

PR: ____

ung:

Anweisung:

Auf den folgenden Seiten stehen einige Sätze darüber, was Kinder tun und denken. Versuche Du bitte der Reihe nach bei jedem Satz zu beurteilen, **wie häufig** er für Dich zutrifft.

Dazu findest Du neben jedem Satz sechs verschieden große Kreise, von denen Du **einen** ankreuzen sollst. Wenn Du z. B. der Meinung bist, daß der Satz:

„Ich höre im Radio Schulfunk.“

auf Dich **immer** oder **fast immer** zutrifft, setzt Du ein Kreuz in den größten Kreis (ganz links):

„Ich höre (immer oder fast immer) Schulfunk“

☒ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Trifft der Satz auf Dich dagegen **nie** oder **fast nie** zu, kreuzt Du den kleinsten Kreis an (ganz rechts):

„Ich höre (nie oder fast nie) Schulfunk“

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☒

Wenn Du glaubst, daß der Satz für Dich **häufig** zutrifft, setzt Du ein Kreuz in den zweitgrößten Kreis:

„Ich höre (häufig) Schulfunk“

☐ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

Sollte der Satz nur **selten** für Dich zutreffen, machst Du ein Kreuz in den zweitkleinsten Kreis:

„Ich höre (selten) Schulfunk“

☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐

Wenn Du zwar nicht häufig, aber auch nicht gerade selten Schulfunk im Radio hörst, mußt Du Dir überlegen, ob der Satz für Dich **eher häufig** oder **eher selten** zutrifft.

„Ich höre (eher häufig) Schulfunk“

☐ ☐ ☒ ☐ ☐ ☐

„Ich höre (eher selten) Schulfunk“

☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐

Zur Erinnerung für Dich steht auf den folgenden Seiten über den einzelnen Kreisen noch einmal, was sie bedeuten.

Beantworte die Sätze der Reihe nach!

Beantworte jeden Satz nur mit **einem** Kreuz!

Lasse keinen Satz aus!

Überlege nicht zu lange!

1. Ich treibe mit meinen Freunden gern Unfug.
2. Wenn ich eine Klassenarbeit abgebe, zweifle ich daran, daß sie gut geworden ist.
3. Ich leide unter Magenbeschwerden.
4. Ich unterhalte mich mit Klassenkameraden, wenn der Lehrer etwas an der Tafel erklärt.
5. Es regt mich auf, wenn ich bei den Schularbeiten gestört werde.
6. Ich mache gern bei gefährlichen Spielen mit, weil ich es spannend finde.
7. Mir hängt alles zum Halse heraus.
8. Ich verlasse mich auf die Hilfe anderer mehr als auf meine eigene Leistung.
9. Ich habe Lust auf Großwildjagd zu gehen.
10. Ich befürchte, die anderen halten mich für dumm.
11. Während des Unterrichts sehe ich aus dem Fenster und fange an zu träumen.
12. Wenn andere einen Streich planen, bin ich dabei.
13. Ich glaube, daß ich innerlich unruhig und empfindlich bin.
14. Beim Turnen möchte ich eine Übung so gut können, daß die anderen mich bewundern.
15. Wenn es irgendwo eine Prügelei gibt, schaue ich zu.
16. Ich habe das Gefühl, meine Eltern verstehen mich nicht.
17. Unangenehmen Aufgaben weiche ich aus.
18. Ich versuche mich vorzudrängeln, wenn ich irgendwo anstehen muß.
19. Ich habe Angst davor, im Dunkeln allein zu sein.
20. In meiner Freizeit habe ich Langeweile.
21. Wenn der Lehrer etwas verbietet, mache ich es trotzdem.
22. Ich fange plötzlich an zu zittern.

- [illegible]

		immer oder fast immer	häufig	eher häufig
45. Ich verliere mitten im Spiel die Lust daran und fange mit einem neuen an.		☐	☐	☐
46. Ich muß mich zusammenreißen, damit andere Leute meine Hemmungen nicht bemerken.		☐	☐	☐
47. Wenn meine Mutter mich anschreit, schreie ich zurück.		☐	☐	☐
48. Wenn ich Freunden etwas erzähle, zweifle ich, daß sie Lust haben mir zuzuhören.		☐	☐	☐
49. Wenn ich früh aufstehen soll, fällt es mir schwer aufzuwachen.		☐	☐	☐
50. Ich versuche dem Lehrer Fragen zu stellen, die er nicht beantworten kann.		☐	☐	☐
51. Wenn ich etwas tun soll, fällt es mir schwer, den Anfang zu finden.		☐	☐	☐
52. Ich beobachte an mir selbst, daß ich leicht aufschrecke.		☐	☐	☐
53. Wenn ich mich schlagen muß um meine Rechte zu verteidigen, so tue ich es.		☐	☐	☐
54. Mein Lehrer tadelt mich, weil ich im Unterricht zuviel mit meinem Nachbarn spreche.		☐	☐	☐
55. Ich bleibe lieber zu Hause als mit einer Gruppe von Freunden zusammen zu spielen.		☐	☐	☐
56. Wenn mein Freund eine andere Meinung hat als ich, versuche ich ihn zu überzeugen, daß ich recht habe.		☐	☐	☐
57. Ich kann nur schwer einschlafen, weil ich über vieles nachgrübeln muß.		☐	☐	☐
58. Wenn ich sehe, daß der Lehrer mich gleich aufruft, bin ich so aufgeregt, daß meine Hände zittern.		☐	☐	☐
59. Wenn ich mit Freunden zusammen bin, ärgern wir Leute.		☐	☐	☐
60. Ich glaube, daß die anderen in meiner Klasse alles viel schneller begreifen als ich.		☐	☐	☐
61. Wer mich ernsthaft beleidigt, muß mit Schlägen rechnen.		☐	☐	☐
62. Wenn ich nur so tue, als ob ich mir einen Tadel zu Herzen genommen hätte, bekomme ich hinterher Gewissensbisse.		☐	☐	☐
63. Wenn der Lehrer jemanden zur Tafel rufen will, hoffe ich, daß er mich nicht nimmt.		☐	☐	☐
64. Ich sehe mir Filme an, in denen gekämpft wird.		☐	☐	☐
65. Wenn ich ein Buch lese, fällt es mir nach einer Weile schwer mich zu konzentrieren.		☐	☐	☐
66. Ich würde gern Lehrern Streiche spielen.		☐	☐	☐

Vielen Dank für die Mühe, die Du Dir gegeben hast.

Kontrolliere bitte noch einmal, ob Du auch alle Fragen beantwortet hast.

- A5 -

HAPEF-K

Teil 2

von

Harald Wagner und Frank Baumgärtel

herausgegeben von

Prof. Dr. P. R. Hofstätter

Name: _____ Junge ☐ Mädchen ☐

heutiges Datum: ____ | ____ | ____ Geburtsdatum: ____ | ____ | ____ Klasse: _____

Beruf des Vaters: _____

Beruf der Mutter: _____

Zahl der älteren Geschwister: _____ Zahl der jüngeren Geschwister: _____

Schulart: Sonderschule ☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Gesamtschule ☐

Auswertung:

Skala 1:

W:	1	2	3	4	5	6
H:						
WxH:						

RW: _____

CW: _____ PR: _____

Skala 2:

W:	1	2	3	4	5	6
H:						
WxH:						

RW: _____

CW: _____ PR: _____

Skala 3:

W:	1	2	3	4	5	6
H:						
WxH:						

RW: _____

CW: _____ PR: _____

Bewertung:

Anweisung:

Auf den folgenden Seiten stehen einige Sätze darüber, was Kinder tun und denken. Versuche Du bitte der Reihe nach bei jedem Satz zu beurteilen, **wie häufig** er für Dich zutrifft.

Dazu findest Du neben jedem Satz sechs verschieden große Kreise, von denen Du **einen** ankreuzen sollst. Wenn Du z. B. der Meinung bist, daß der Satz:

„Ich höre im Radio Schulfunk.“

auf Dich **immer oder fast immer** zutrifft, setzt Du ein Kreuz in den größten (ganz links):

„Ich höre (immer oder fast immer) Schulfunk“



Trifft der Satz auf Dich dagegen **nie oder fast nie** zu, kreuzt Du den kleinsten Kreis (ganz rechts):

„Ich höre (nie oder fast nie) Schulfunk“



Wenn Du glaubst, daß der Satz für Dich **häufig** zutrifft, setzt Du ein Kreuz in den zweitgrößten Kreis:

„Ich höre (häufig) Schulfunk“



Sollte der Satz nur **selten** für Dich zutreffen, machst Du ein Kreuz in den zweitkleinsten Kreis:

„Ich höre (selten) Schulfunk“

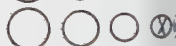


Wenn Du zwar nicht häufig, aber auch nicht gerade selten Schulfunk im Radio hörst, überlegst Du Dir, ob der Satz für Dich **eher häufig oder eher selten** zutrifft.

„Ich höre (eher häufig) Schulfunk“



„Ich höre (eher selten) Schulfunk“



Zur Erinnerung für Dich steht auf den folgenden Seiten über den einzelnen Kreis einmal, was sie bedeuten.

Beantworte die Sätze der Reihe nach!

Beantworte jeden Satz nur mit einem Kreuz!

Lasse keinen Satz aus!

Überlege nicht zu lange!

1. Ich habe meine Sachen selbst in Ordnung.
2. Vor wichtigen Ereignissen bekomme ich ein komisches Gefühl im Magen.
3. Wenn ich zu einer Geburtstagsfeier eingeladen bin, freue ich mich schon lange vorher darauf.
4. Wenn wir Arbeiten zurückbekommen, habe ich Angst, daß meine schlecht ausgefallen sein könnte.
5. Es bekümmert mich sehr, wenn mir eine Bitte abgeschlagen wird.
6. Wenn mein Freund mich bittet, ihm bei einer Arbeit zu helfen, bin ich dazu bereit.
7. Ich fühle mich ohne besonderen Grund richtig elend.
8. Wenn ich in den Ferien verreist bin, habe ich schnell neue Freunde, mit denen ich spiele.
9. Es fällt mir schwer, mit meinen Gedanken bei einer Aufgabe zu bleiben.
10. Vor einer Prüfung oder Klassenarbeit habe ich Herzklopfen.
11. Wenn in der Schule Aufträge vergeben werden, melde ich mich freiwillig, einen auszuführen.
12. Es kommt vor, daß ich plötzlich rot werde.
13. Ich mache erst alle Hausaufgaben, bevor ich spielen gehe.
14. Wenn meine Eltern mich ungerecht bestraft haben, kann ich es lange nicht vergessen.
15. Was ich mir einmal vorgenommen habe, führe ich auch aus.
16. Ich bin sehr enttäuscht, wenn ich merke, daß meine Leistung nicht ausgereicht hat.
17. Mir ist ohne jeden Grund alles gleichgültig und uninteressant.
18. Wenn in unserem Nebenhaus fremde Kinder einziehen, versuche ich, sie möglichst schnell kennenzulernen.
19. Ich komme außer Atem, ohne eine schwere Arbeit getan zu haben.
20. Wenn meine Freunde sich streiten, versuche ich zu schlichten.
21. Bei schwierigen Aufgaben verliere ich den Mut und gebe auf.

häufig

ehrer selten

nie oder fast nie

22. Wenn ich abends durch eine menschenleere Straße gehe, habe ich das Gefühl, daß mir jemand folgt.
23. Es macht mir Spaß, auf einer Geburtstagsfeier die Spiele zu organisieren und die Gäste zu unterhalten.
24. Es fällt mir schwer zu arbeiten, während meine Freunde draußen spielen.
25. Wenn ich mit meinen Eltern verreise, stelle ich mir vor, daß wir einen Unfall haben könnten.
26. Ich habe gern Freunde, die ihre eigenen festen Ansichten haben.
27. Wenn ich etwas an die Tafel schreiben muß, zittern mir die Hände.
28. Mir macht es Spaß, an der Lösung einer Aufgabe herumknobeln.
29. Wenn ich morgens in der Schule schlechte Antworten gegeben habe, habe ich nachmittags noch schlechte Laune.
30. Ich träume von schrecklichen Dingen.
31. Wenn ich mit mehreren Freunden zusammen bin, erzähle ich gern Witze und lustige Geschichten.
32. Ich nehme mir vor, eine unangenehme Aufgabe gleich zu erledigen, schiebe sie dann aber doch auf.
33. Mein Benehmen ist gut und einwandfrei.
34. Ich platze mit etwas heraus, was ich eigentlich gar nicht sagen wollte.
35. Wenn ich Freunde zu mir einlade, überlege ich vorher, was wir spielen wollen.
36. Wenn ich meine Hausaufgaben nicht gleich schaffe, verliere ich die Geduld und werde wütend.
37. Es fällt mir schwer, abends einzuschlafen.
38. Wenn mir meine Eltern etwas verbieten, halte ich mich daran, auch wenn ich damit nicht einverstanden bin.
39. Vor einer Prüfung kann ich nicht so gut essen wie sonst.
40. Ich mache bei dem Spiel mit, das die meisten spielen wollen, auch wenn es mir im Grunde keinen Spaß macht.
41. Ein unangenehmes Erlebnis bedrückt mich sehr lange.
42. Wenn der Lehrer mich prüfen will, habe ich große Sorge, daß ich vielleicht nicht genug weiß.

immer oder
fast immer

häufig

eher häufig

eher selten

selten

nie oder fast nie

...nn für eine Sache lange sparen.

...ich mich auf eine Arbeit konzentriere, kaue ich am
...ft.

...iner langweiligen Feier versuche ich die Leute aufzu-
...n.

...ich im Unterricht etwas nicht verstehe, fürchte ich, daß
...er einzige bin.

...n sehr enttäuscht, wenn mir etwas nicht geglückt ist.

...n mit Kindern zusammen, die die gleichen Interessen
...n wie ich.

...n meine Freunde ihre Köpfe zusammenstecken, fürchte
...ie wollen mich nicht dabei haben.

...n unsere Klasse ein Stück übt, bemühe ich mich mit-
...ichen.

...abe die Ahnung, daß meine Mutter krank werden könnte.

...n ich einmal Streit mit meinem Vater habe, so sehe ich
...ar ein, daß er doch recht hatte.

...n ich in einer Prüfung etwas gefragt werde, fällt mir vor
...agung keine Antwort ein.

...n eine Sache nicht klappt, werde ich schnell ungeduldig.

...äume mein Zimmer selbst auf.

...wünsche mir, irgendwo zu sein, wo mich keiner kennt.

...n ich mir eine Sache kaufe, überlege ich, ob ich an ihr
...n lange Zeit Freude haben werde.

...befürchte, daß mir etwas Schlimmes passieren wird.

...tue alles sofort und ohne zu murren, was man von mir
...angt.

...nn ich keinen Erfolg habe, bin ich sehr entmutigt.

...nn meine Klasse ein Klassenfest veranstalten möchte,
...e ich bei der Vorbereitung u. beim Verteilen von Arbeiten.

...n Lehrer sagt, ich soll mich mehr am Unterricht be-
...gen.

...e schwere Aufgabe, bei der ich lange überlegen muß,
...cht mir Spaß.

Dank für die Mühe, die Du Dir gegeben hast.

...lliere bitte noch einmal, ob Du auch alle Fragen beant-
...hast.

Name: Datum:

Die fünf Kinder, die ich am liebsten mag und mit denen
ich am liebsten spiele, heißen mit Vornamen:

1.

2.

3.

4.

5.

Gewicht auf beiden Beinen - Füße auseinander

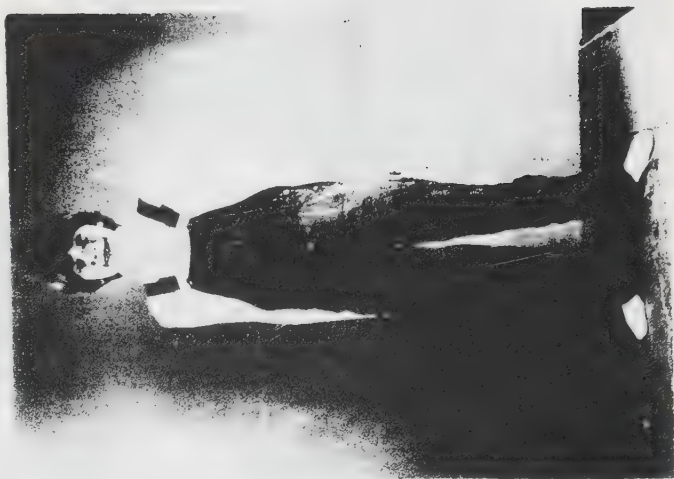
"Füße auseinander" bedeutet, daß zwischen die Füße des Kinds noch ein Fuß passen würde.

Beispiele für Fußstellungen

Die Füße stehen parallel.



Die Fußspitzen sind nach außen gerichtet,
die Fersen auseinander.



Standbein-/Spielbeinstellung - Knie auseinander

"Knie auseinander" bedeutet, daß das Spielbeinknie nach außen gedreht ist. Die Spielbeinfußspitze steht dabei gerade oder ist nach außen gerichtet.

Beispiele für Spielbeinstellungen

Spielbeinknie abgewinkelt



Spielbeinknie durchgedrückt



Hände auf Knien

Beispiele

Die Arme werden in weitem Abstand zum Körper auf die gespreizten Schenkel gestützt.



Ein Arm wird mit herunterhängender Hand auf einen Schenkel der gespreizten Beine gelegt.



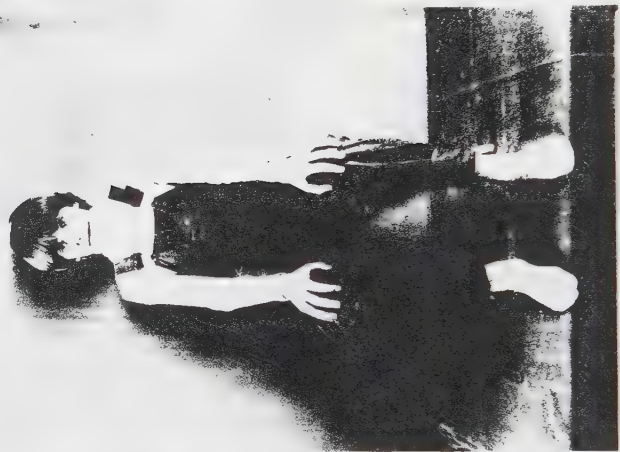
Die Hände werden vor den breit gestellten Schenkeln mit aufgestützten Unterarmen gefaltet.



Eine Hand wird auf den Schenkel eines
breit gespreizten Beines gestützt, die
Ellbogen werden weit nach außen gedrückt.

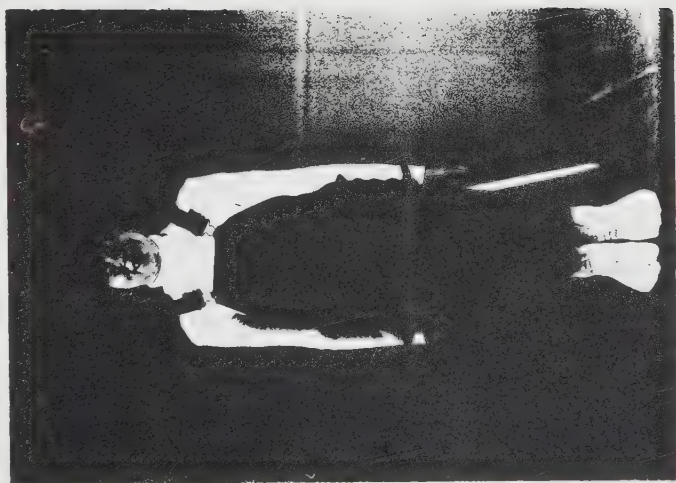


Beide Hände werden bei ausgestreckten
Armen auf die Knie der weit gespreizten
Beine gelegt.



Knie zusammen

"Knie zusammen" bedeutet, daß der Winkel zwischen den Oberschenkeln von den Hüftgelenken zu den Knien gleich bleibt oder kleiner wird.



Kind Testnummer.....

Stehen/Fuß- und Beinstellung

	Gewicht auf beiden Beinen/ Füße auseinander	Standbein-, Spielbein- stellung/Fuß- auseinander
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

	Gewicht auf beiden Beinen/ Füße auseinander	Standbein-/ Spielbein- stellung/Fuß- auseinander
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

Kind Beobachter

Stehen/Fuß- und Beinstellung

	Gewicht auf beiden Bei- nen/Füsse auseinander	Standbein-/ Spielbein- stellung/Knie auseinander
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		

Kind Beobachter

Sitzer:

	Knie aus- einander	Hände auf Knien	Arme ver- schränkt
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

	Knie aus- einander	Hände auf Knien	Arme schr
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

HAPEF-Rohwerte

AGS-Mädchen

Vp-Nr.	EL	AS	AG	NE	RM	EX
1	85	95	93	95	29	86
2	98	101	121	118	36	86
3	111	114	126	114	58	70
4	94	94	99	124	52	78
5	104	104	125	128	47	88
6	111	101	106	124	59	68
7	95	101	83	114	36	71
8	-	-	-	-	-	-
9	100	102	108	118	46	65
10	76	86	97	86	40	76
11	-	-	-	-	-	-
12	-	-	-	-	-	-

Mädchen

Vp-Nr.	EL	AS	AG	NE	RM	EX
13	87	98	98	116	58	50
14	65	85	61	90	31	97
15	87	96	136	106	30	110
16	85	89	93	89	44	64
17	99	115	143	97	39	80
18	87	92	92	89	44	67
19	94	94	75	90	37	111
20	71	62	71	54	26	78
21	89	93	76	97	41	74
22	114	110	108	116	50	74
23	101	90	65	88	49	88
24	123	100	104	124	53	56

Jungen

<u>Vp-Nr.</u>	<u>EL</u>	<u>AS</u>	<u>AG</u>	<u>NE</u>	<u>RM</u>	<u>EX</u>
25	102	92	105	124	52	90
26	49	71	45	78	19	87
27	98	102	100	115	54	80
28	60	67	63	66	27	75
29	104	97	113	136	60	91
30	82	88	106	107	40	87
31	99	106	83	122	53	68
32	79	100	88	108	56	43
33	105	103	127	133	52	62
34	111	109	98	119	44	83
35	-	-	-	-	-	-
36	95	103	119	106	43	80

Tab. A: Medianwerte, Streubereich, Minima und Maxima der HAPEF-Skalen für AGS-Mädchen, Mädchen und Jungen

Zu beachten ist, daß infolge der gewählten Gewichtung der Antwortstufen niedrige Skalenwerte eine hohe Merkmalsausprägung und hohe Werte eine schwache Ausprägung repräsentieren.

		Mdn	Range (Min.-Max)
EL	AGS ♀	98,0	35 (76-111)
	♀	88,0	58 (65-123)
	o	98,0	62 (49-111)
AS	AGS ♀	101,0	28 (86-114)
	♀	93,5	53 (62-115)
	o	100,0	42 (67-109)
AG	AGS ♀	106,0	43 (83-126)
	♀	92,5	82 (61-143)
	o	100,0	82 (45-127)
NE	AGS ♀	118,0	42 (86-128)
	♀	93,5	70 (54-124)
	o	116,0	70 (66-136)
RM	AGS ♀	46,5	30 (29-59)
	♀	42,5	32 (26-58)
	o	52,0	41 (19-60)
EX	AGS ♀	77,0	23 (65-88)
	♀	76,0	61 (50-111)
	o	80,0	48 (43-91)

EL: Emotional bedingte Leistungsstörungen

AS: Initiale Angst/somatische Beschwerden

AG: Aggression

NE: Neurotizismus

RM: Reaktion auf Mißerfolg

EX: Extraversion

$N_{AGS♀} = 9$

$N_{♀} = 12$

$N_{♂} = 11$

$H = 5,06$,
Chi²-verteilt

$FG = 2$
 $p < 0,10$

5 Freunde

AGS-Mädchen

Vp-Nr.	♀	♂
1	5	0
2	5	0
3	5	0
4	2	3
5	5	0
6	5	0
7	2	3
8	-	-
9	5	0
10	5	0
11	1	4
12	5	0

Mädchen

Vp-Nr.	♀	♂
13	4	1
14	3	2
15	5	0
16	3	2
17	5	0
18	4	1
19	5	0
20	4	1
21	4	1
22	4	1
23	4	1
24	3	2

Jungen

Vp-Nr.	♂	♀
25	4	1
26	3	2
27	5	0
28	5	0
29	5	0
30	5	0
31	-	-
32	5	0
33	5	0
34	5	0
35	5	0
36	4	1

Ergebnisse Körperhaltung

AGS-Mädchen

Stehen/Fuß- und Beinstellung	Vp-Nr.	Gewicht auf beiden Beinen, Füße aus- einander	Standbein-/ Spielbein- stellung, Knie auseinander	Knie zusammen	Sitzen/Fuß- und Beinstellung	Sitzen/Arm- und Handhaltung	Hände auf Knien	Arme ver- schränkt
	1	2	12	9		0		0
	2	23	11	26		0		5
	3	25	5	0		0		0
	4	60	1	0		0		0
	5	46	27	0		2		0
	6	29	2	28		3		0
	7	39	17	7		0		0
	8	34	37	2		0		0
	9	60	2	1		0		0
	10	0	0	15		6		9
	11	29	4	0		5		0
	12	13	3	0		0		0

Ergebnisse Körperhaltung

Mädchen

Stehen/Fuß- und Beinstellung	Gewicht auf beiden Beinen, Füße aus- einander	Standbein-/ Spielbein- stellung, Knie auseinander	Sitzen/Fuß- und Beinstellung	Sitzen/Arm- und Handhaltung	Arme ver- schränkt
Vp-Nr.			Knie zusammen	Hände auf Knien	
13	1	0	13	0	0
14	1	0	1	1,5	0
15	38	34	6	7	0
16	2	22	21	7	0
17	26	22	3	3	0
18	30	30	30	9	0
19	33	0	0	2	0
20	15	0	25	1	0
21	18	13	10	1	0
22	43	37	24	4	4
23	51	32	0	2	0
24	6	42	5	0	6

Ergebnisse Körperhaltung

Jungen

Stehen/Fuß- und Beinstellung	Vp-Nr.	Gewicht auf beiden Beinen, Füße aus- einander	Standbein-/ Spielbein- stellung, Knie auseinander	Sitzen/Fuß- und Beinstellung	Knie zusammen	Sitzen/Arm- und Handhaltung	Hände auf Knien	Arme ver- schränkt
25		0	60	1		8		8,5
26		9	34	0		0		0
27		1	0	3		9		3
28		52	26	0		11		9
29		59	2	3		1		0
30		0	24	0		3		0
31		10	10	1		14,5		0
32		1	1	25		11		2
33		6	56	1		4		18
34		6	51	0		2		10
35		14	49	0		22		0
36		12	0	5		11		0

Tab. B: Mediane, Streubreiten, Minima und Maxima der Auftrittshäufigkeiten der registrierten Körperhaltungen in den drei Gruppen

Körperhaltung	Gruppe	Mdn	Range (Min.-Max.)	
Gewicht auf beiden Beinen/ Füße auseinander	AGS ♀	29,0	60	(0 - 60)
	♀	22,0	50	(1 - 51)
	♂	7,5	59	(0 - 59)
Standbein-/ Spielbein- stellung/ Knie auseinander	AGS ♀	4,5	37	(0 - 37)
	♀	22,0	42	(0 - 42)
	♂	25,0	60	(0 - 60)
Knie zusammen	AGS ♀	1,5	28	(0 - 28)
	♀	8,0	30	(0 - 30)
	♂	1,0	25	(0 - 25)
Hände auf Knien	AGS ♀	0,0	6	(0 - 6)
	♀	2,0	9	(0 - 9)
	♂	8,5	22	(0 - 22)
Arme verschränkt	AGS ♀	0,0	9	(0 - 9)
	♀	0,0	6	(0 - 6)
	♂	1,0	18	(0 - 18)

Tab. C: Anteil der Würfe in Richtung "von oben nach unten"
bzw. "von unten nach oben" an der Gesamtzahl der
Würfe innerhalb jeder Gruppe (= 100%)

	AGS ♀	♀	♂	Summe
von oben nach unten	99,43	86,08	100,00	285,51
von unten nach oben	0,57	13,92	0,00	14,49
Summe	100,00	100,00	100,00	300,00

Werfen

AGS-Mädchen

Vp-Nr.	von oben nach unten	von unten nach oben	Eindruck
1	14	0	geziert
2	16	0	kraftvoll
3	14	1	neutral
4	15	0	neutral
5	11	0	neutral
6	15	0	geziert
7	18	0	kraftvoll
8	13	0	kraftvoll
9	15	0	neutral
10	17	0	geziert
11	16	0	kraftvoll
12	11	0	neutral

Mädchen

Vp-Nr.	von oben nach unten	von unten nach oben	Eindruck
13	7	8	geziert
14	14	5	neutral
15	12	2	kraftvoll
16	28	2	neutral
17	17	11	kraftvoll
18	16	0	geziert
19	18	1	geziert
20	11	0	neutral
21	20	0	geziert
22	26	0	neutral
23	20	0	kraftvoll
24	15	4	geziert

Jungen

Vp-Nr.	von oben nach unten	von unten nach oben	Eindruck
25	11	0	kraftvoll
26	18	0	kraftvoll
27	17	0	neutral
28	20	0	neutral
29	21	0	neutral
30	17	0	neutral
31	20	0	kraftvoll
32	17	0	neutral
33	12	0	kraftvoll
34	16	0	neutral
35	13	0	kraftvoll
36	24	0	kraftvoll

L e b e n s l a u f

Am 9. März 1951 wurde ich in München geboren. Nach vierjährigem Volksschulbesuch von 1957 bis 1961 in Ebersberg trat ich in das Neusprachliche Gymnasium in Grafing ein, das ich 1970 mit dem Abitur verließ.

Im Wintersemester 1970 begann ich das Studium der Psychologie an der Universität München, das ich 1976 mit dem Diplom abschloß.

Im zweiten Studienabschnitt war mein Schwerpunkt Klinische Psychologie.

Von 1976 bis 1978 nahm ich am Modellversuch zur Weiterbildung in Klinischer Psychologie teil, der am Institut für Psychologie/Klinische Psychologie unter Leitung von Prof. Dr. W. Butollo durchgeführt wurde. Während dieser klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit setzte ich mich mit Problemen der Verhaltenstherapie bei Ängsten auseinander.

Seit 1979 arbeite ich an der Abteilung für pädiatrische Endokrinologie (Leiter: Prof. Dr. D. Knorr) der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Leiter: Prof. Dr. K. Betke), wo ich mich mit Diagnose, Beratung, Behandlung und Elternarbeit bei intersexuellen Kindern beschäftige.

